

University of Groningen

**Ervaren kwaliteit van acute zorg op de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum**

Zagt, Anne

**IMPORTANT NOTE:** You are advised to consult the publisher's version (publisher's PDF) if you wish to cite from it. Please check the document version below.

*Document Version*

Early version, also known as pre-print

*Publication date:*

2014

[Link to publication in University of Groningen/UMCG research database](#)

*Citation for published version (APA):*

Zagt, A. (2014). *Ervaren kwaliteit van acute zorg op de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum: Een onderzoek naar de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA en de factoren die dit kunnen verklaren.* . Universitair Medisch Centrum Groningen / Rijksuniversiteit Groningen.

**Copyright**

Other than for strictly personal use, it is not permitted to download or to forward/distribute the text or part of it without the consent of the author(s) and/or copyright holder(s), unless the work is under an open content license (like Creative Commons).

The publication may also be distributed here under the terms of Article 25fa of the Dutch Copyright Act, indicated by the "Taverne" license. More information can be found on the University of Groningen website: <https://www.rug.nl/library/open-access/self-archiving-pure/taverne-amendment>.

**Take-down policy**

If you believe that this document breaches copyright please contact us providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

*Downloaded from the University of Groningen/UMCG research database (Pure): <http://www.rug.nl/research/portal>. For technical reasons the number of authors shown on this cover page is limited to 10 maximum.*

# **Ervaren kwaliteit van acute zorg op de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum**

Een onderzoek naar de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA en de factoren die dit kunnen verklaren.

Auteur: A.C. Zagt

Begeleider: Dr. J. Tuinstra

Referent: Dr. N. Steverink

Juni 2014

Masterscriptie voor de opleiding Sociologie

Master Sociologie van Gezondheid, Zorg en Welzijn

Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen

Rijksuniversiteit Groningen



**rijksuniversiteit  
groningen**

**Wetenschapswinkels**



**umcg**

**Colofon**

**Vraagnummer:** GV42/2012/B

**Titel:** Ervaren kwaliteit van acute zorg op de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum

**Auteur:** A.C. Zagt

**Begeleider:** Dr. J. Tuinstra, Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG), afdeling Gezondheidswetenschappen, Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid

**Referent:** Dr. N. Steverink, Rijksuniversiteit Groningen (RUG), Faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen, Sociologie

**Vraagindiener:** Projectgroep ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum

**Uitgave:** Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid, UMCG

**Adres:** Hanzeplein 1, 9713 GZ Groningen

**Telefoon:** 050 – 363 9080 (coördinator Dr. J. Tuinstra)

**Email:** [j.tuinstra01@umcg.nl](mailto:j.tuinstra01@umcg.nl) (coördinator Dr. J. Tuinstra)

**Datum:** 2 juni 2014

## **Voorwoord**

Voor u ligt het eindresultaat van de masteropleiding sociologie. Na het behalen van mijn bachelor sociologie aan de Universiteit Utrecht, begon ik in februari 2013 aan de master sociologie met als masterroute Gezondheid, Zorg en Welzijn aan de Rijksuniversiteit Groningen. Zowel de bachelor opleiding als de masteropleiding heb ik met heel veel plezier en enthousiasme gevolgd. Aan de ene kant vind ik het jammer dat er een einde komt aan mijn studie, ik ben nog lang niet ‘uitgeleerd’. Aan de andere kant kijk ik uit naar een nieuwe vorm om mijn kennis en kunde verder te ontwikkelen.

Dit eindresultaat bied ik namens de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het UMCG en mijzelf aan, aan de projectgroep ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum. Ik hoop van harte dat zij de kracht behouden te vechten voor de zorg in noordoost Friesland en voor hun streekziekenhuis.

Dit eindresultaat was niet tot stand gekomen zonder de hulp van een aantal mensen. Dr. J. Tuinstra wil ik bedanken voor haar betrokkenheid, begeleiding en haar kritische en bruikbare feedback op de stukken die ik heb ingeleverd. Dr. N. Steverink wil ik eveneens bedanken voor haar kritische en bruikbare feedback op de stukken die ik heb ingeleverd. Zowel dr. J. Tuinstra als dr. N. Steverink wil ik bedanken voor hun aanstekelijke enthousiasme voor het doen van onderzoek naar zorgvraagstukken. Mevrouw van der Kloet, mevrouw Uitterdijk-Hiemstra en mevrouw de Boer bedank ik voor hun samenwerking vanuit ziekenhuis De Sionsberg. Tot slot bedank ik mijn ouders voor hun eeuwige interesse en steun.

Anne Zagt – Groningen, juni 2014

## **Samenvatting**

Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum is een klein streekziekenhuis in de regio noordoost Friesland en heeft te maken met krimp, vergrijzing en ontgroening. De afgelopen jaren nam het aantal patiënten van ziekenhuis De Sionsberg af, werd het ziekenhuis compacter en het personeelsbestand dunde uit. De opening van de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) in ziekenhuis De Sionsberg is de manier om laagcomplex acute zorg in de regio te behouden. Het huidige onderzoek richt zich op de vraag hoe patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA ervaren en op de vraag welke factoren de ervaren kwaliteit van acute zorg verklaren. Specifiek is daarbij gekeken naar de verklarende rol van de kwaliteitsdimensies afkomstig van het Service Quality model en efficiënte acute zorglevering. Eenenzeventig respondenten vulden een vragenlijst in over hun ervaringen aangaande de kwaliteit van acute zorg op de ADOA. Allereerst werd gevonden dat patiënten de kwaliteit van acute zorg met het rapportcijfer negen als zeer goed ervaren. Ten tweede bleek dat vooral de communicatie met verpleegkundigen de kwaliteit van acute zorg verklaart. De derde bevinding is dat de ervaren kwaliteit van acute zorg eveneens wordt verklaard door de ervaren (subjectieve) efficiënte acute zorglevering op de ADOA. Om de hoge waardering voor de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA te waarborgen wordt aan ziekenhuis De Sionsberg aanbevolen aandacht te besteden aan de communicatie tussen patiënten en verpleegkundigen. Daarnaast wordt aanbevolen aandacht te besteden aan de door patiënten ervaren efficiëntie van acute zorglevering.

## **Inhoudsopgave**

Hoofdstuk 1 - Inleiding	7
1.1 Aanleiding	7
1.2 Probleemstelling	9
1.3 Relevantie	10
1.3.1 Sociologische relevantie	10
1.3.2 Maatschappelijke relevantie	11
1.4 Leeswijzer	12
Hoofdstuk 2 - Theoretisch kader	13
2.1 Kwaliteit van zorg	13
2.2 De vijf kwaliteitsdimensies en kwaliteit van zorg	15
2.2.1. De vijf kwaliteitsdimensies en kwaliteit van acute zorg	16
2.3 Efficiëntie en kwaliteit van zorg	17
2.4 Het onderzoeksmodel	21
Hoofdstuk 3 – Methoden	23
3.1 Procedure	23
3.1.1 Voorbereiding dataverzameling	23
3.1.2 Dataverzameling	24
3.2 Response	25
3.3 Operationalisering	26
3.4 Analyse opzet	32
Hoofdstuk 4 – Resultaten	33
4.1 Gebruikte variabelen	33
4.2 Bivariate correlaties	38
4.3 Multiple regressieanalyse	39
Hoofdstuk 5 - Conclusie en discussie	41
5.1 Conclusie	41

5.1.1 Beantwoording centrale vraagstelling	41
5.1.2 Terugkoppeling naar het ‘Theoretisch kader’	42
5.2 Discussie	44
5.2.1 Sterke punten van het huidige onderzoek	44
5.2.2 Kanttekeningen van het huidige onderzoek	45
5.2.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek	46
5.2.4 Aanbevelingen voor ziekenhuis De Sionsberg	47
Literatuur	49
Bijlage 1. Ontwikkeling kwaliteitsdimensies	58
Bijlage 2. Vragenlijst	60
Bijlage 3. Werkwijzen	69
Bijlage 4. Informatiebrief	73
Bijlage 5. Uitwerking van het aantal scores dat is geïmputeerd	75
Bijlage 6. Voorbeeldberekening om schaalgemiddelde te berekenen	76
Bijlage 7. Uitwerking van de items die als ‘niet van toepassing’ zijn gescoord	77
Bijlage 8. Toetsing assumpties multiple regressieanalyse	78

## **Hoofdstuk 1 - Inleiding**

De inleiding van deze afstudeerscriptie gaat allereerst in op de aanleiding van het huidige onderzoek (paragraaf 1.1). Vervolgens wordt de probleemstelling uiteengezet (paragraaf 1.2). Na het uiteenzetten van de probleemstelling wordt ingegaan op de relevantie van het huidige onderzoek. De relevantie is opgedeeld in de sociologische relevantie (paragraaf 1.3.1) en de maatschappelijke relevantie (paragraaf 1.3.2). Tot slot wordt ingegaan op de opbouw van deze afstudeerscriptie (paragraaf 1.4).

### **1.1 Aanleiding**

Het noordoosten van Friesland is een regio van Nederland die te maken heeft met krimp (Van der Meulen, Oosterhuis, Wiffers, Kamstra, Sijtsma & Hoekstra, 2011). De bevolking trekt weg uit de regio en de gemiddelde leeftijd van de bevolking stijgt. De krimp, vergrijzing en ontgroening hebben een negatieve invloed op de vitaliteit van noordoost Friesland (Van der Meulen et al., 2011). Ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum is een klein streekziekenhuis in deze regio en heeft te maken met de bovengenoemde ontwikkelingen. De afgelopen jaren nam het aantal patiënten af, werd het ziekenhuis compacter en dunde het personeelsbestand uit (Leeuwarder Courant, geraadpleegd op 11 december 2013). De opening van de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) in ziekenhuis De Sionsberg past binnen de ontwikkelingen van de afgelopen jaren en is de manier om laag complexe acute zorg in de regio te waarborgen. Hieronder wordt uiteengezet hoe de ADOA tot stand is gekomen.

Op 23 mei 2011 kreeg de Inspectie voor de Gezondheidszorg (IGZ) een melding van de Nederlandse Vereniging voor Cardiologie over het mogelijk disfunctioneren van de vakgroep cardiologie in ziekenhuis De Sionsberg. De IGZ heeft op 25 mei 2011 zelf een bezoek gebracht aan De Sionsberg om de situatie in het ziekenhuis te beoordelen. Op 27 mei 2011 heeft de IGZ besloten het ziekenhuis onder verscherpt toezicht te stellen. De IGZ had onvoldoende vertrouwen in de kwaliteit van zorg en de resultaten van de bestuurlijke maatregelen die tot dan toe door de Raad van Bestuur waren genomen om de patiëntveiligheid te verbeteren (IGZ, geraadpleegd op 9 december 2013).

Minister Schippers liet op 12 november 2012 in een brief aan de Tweede Kamer weten dat het ziekenhuis, nadat het onder verscherpt toezicht is gesteld, in samenwerking met zorgverzekeraar De Friesland een scenario-onderzoek heeft laten uitvoeren. Het scenario-onderzoek ging in op de mogelijkheden van een toekomstig ziekenhuisprofiel voor De Sionsberg. Op basis van de constatering van de IGZ over het waarborgen van verantwoorde



zorg en de overwegingen afkomstig uit het scenario-onderzoek, hebben de Raad van Bestuur en de Raad van Toezicht van De Sionsberg op 17 november 2011 besloten om de Intensive Care (IC) en de Spoedeisende Hulp (SEH) te sluiten (Schipper, 2012). Het sluiten van de IC en de SEH is de reden geweest te zoeken naar een nieuw concept voor laag complexe acute zorg in de regio.

De ADOA is op 19 november 2012 geopend (Skipr, geraadpleegd op 22 mei 2013). De opening van de ADOA is in lijn met landelijke ontwikkelingen op het gebied van zorg(re)organisatie betreffende de acute zorg. Maart 2011 kende Nederland in elf ziekenhuizen een Acute Opname Afdeling (AOA) (Van Kaam, Hendriks & Landman, 2011). Een AOA is een klinische verpleegafdeling waar ongeplande patiënten voor maximaal 48 uur worden opgenomen. Daarbij is de AOA gericht op snelle diagnose, het opstellen van een behandelplan en het starten van een behandeling (Van Kaam et al., 2011). Ook zorgt een AOA voor een scheiding van acute en geplande patiëntenstromen. Door de scheiding van acute en geplande patiëntenstromen op een AOA, neemt het aantal onnodige patiënttransporten af en wordt de kwaliteit van zorg gewaarborgd. Van Kaam en collega's (2011) geven in hun studie naar AOA's in Nederland aan dat er voor de invoering van AOA's veelal sprake was van onnodige patiënttransporten tussen verpleegafdelingen en onderzoekseenheden. Allereerst zijn de onnodige patiënttransporten niet prettig voor patiënten. Ten tweede is er bij het uitblijven van een AOA veelal sprake van een inefficiënte inrichting van zorg. Met als gevolg dat onnodige patiënttransporten de kwaliteit van zorg niet ten goede komen (Van Kaam et al., 2011).

De ADOA is een variant op de reeds bestaande AOA's in Nederland. Het grootste verschil tussen AOA's in Nederland en de ADOA in Dokkum, is terug te vinden in de positionering en de functies. De AOA's in Nederland bevinden zich als afdeling tussen de SEH en de IC in. Aangezien ziekenhuis De Sionsberg niet meer over een SEH en een IC beschikt, is de ADOA een afdeling waar alle acute zorgfuncties binnen ziekenhuis De Sionsberg worden gebundeld. De acute zorgfuncties binnen ziekenhuis De Sionsberg zijn de Acute Zorgpost (AZP)<sup>1</sup>, de Acute Zorgafdeling (AZA)<sup>2</sup>, de stroke unit<sup>3</sup> en de Post Anaesthesia Care Unit (PACU)<sup>4</sup> en de algemene vervolgafdeling<sup>5</sup>.

---

<sup>1</sup> De AZP is een afdeling waar patiënten met een laag complexe acute zorgvraag worden geholpen. Patiënten die op de AZP verblijven, hoeven niet aan een monitor te liggen (De Sionsberg, geraadpleegd op 12 februari 2014).

<sup>2</sup> De AZA is een afdeling waar patiënten met een laag complexe acute zorgvraag aan een monitor liggen (De Sionsberg, geraadpleegd op 12 februari 2014).

De projectgroep ADOA van ziekenhuis De Sionsberg heeft de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het Universitair Medisch Centrum Groningen (UMCG) en Zorgbelang Fryslân gevraagd de ADOA te evalueren. Het evaluatieonderzoek bestaat uit drie verschillende delen. Het eerste deel bestaat uit kwalitatieve interviews met stakeholders over hun ervaringen en verwachtingen met de ADOA. De resultaten van de kwalitatieve interviews met stakeholders worden, door de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het UMCG, afzonderlijk verwerkt in een onderzoeksverslag (Middendorp, Zagt & Tuinstra, 2014). Het tweede deel bestaat uit een kwalitatieve patiëntenraadpleging en is uitgevoerd door Zorgbelang Fryslân. Zorgbelang Fryslân heeft voor de projectgroep ADOA de resultaten eveneens verwerkt in een onderzoeksrapport (Risseeuw & Galema, 2013). Het derde deel is het huidige afstudeeronderzoek: vanuit patiëntenperspectief wordt de kwaliteit van acute zorg in kaart gebracht. Daarbij worden factoren bestudeerd die de ervaren kwaliteit van acute zorg verklaren. Specifiek wordt daarbij gekeken welke rol efficiënte acute zorglevering speelt bij het verklaren van de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA.

## 1.2 Probleemstelling

De centrale vraagstelling van het huidige onderzoek luidt als volgt: *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA en welke factoren verklaren de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*. De centrale vraagstelling bestaat uit twee deelvragen.

1. *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*.

2. *‘Welke factoren verklaren de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*.

---

<sup>3</sup> De stroke unit valt onder de polikliniek neurologie. Een patiënt komt ook op de stroke unit terecht als er sprake is van een (dreigende) hersenbloeding of herseninfarct (De Sionsberg, geraadpleegd op 9 december 2013).

<sup>4</sup> Op de PACU komt een patiënt terecht die tijdens weekend- of nachturen geopereerd is. Op de PACU kan een patiënt uit slapen en stabiliseren (De Sionsberg, geraadpleegd op 9 december 2013).

<sup>5</sup> Uit een overleg op 17 juni 2013 in Dokkum met mevrouw Uitterdijk-Hiemstra (manager ADOA) en mevrouw van der Kloet (projectleider ADOA) blijkt dat patiënten die stabiel genoeg zijn vanaf de AZA en vanaf de AZP doorstromen naar de algemene vervolgafdeling. Op de algemene vervolgafdeling liggen patiënten niet meer aan de monitor. Patiënten kunnen op de algemene vervolgafdeling tot rust komen en verder stabiliseren.

De beantwoording van de centrale vraagstelling en de bijbehorende deelvragen worden ingebed in een theoretisch kader, waaruit verschillende hypothesen worden geformuleerd. Het tweede hoofdstuk Theoretisch kader gaat daar verder op in.

### 1.3 Relevantie

De relevantie van deze afstudeerscriptie is onderverdeeld in een sociologische relevantie en een maatschappelijke relevantie. In paragraaf 1.3.1 wordt ingegaan op de sociologische relevantie gevolgd door de maatschappelijke relevantie in paragraaf 1.3.2.

#### 1.3.1 Sociologische relevantie

Binnen de sociologie kent men drie centrale problemen: het ongelijkheidprobleem, het cohesieprobleem en het rationaliseringsprobleem (Ultee, Arts & Flap, 2003). Het onderwerp van het huidige onderzoek “de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum” kan bestudeerd worden vanuit het rationaliseringsprobleem.

Het rationaliseringsprobleem wordt ook wel omschreven als het moderniseringsprobleem of het vraagstuk van sociale verandering (Ultee et al., 2003). Het rationaliseringsprobleem heeft betrekking op de mate waarin zich binnen samenlevingen rationaliseringsprocessen voltrekken. Een rationaliseringsproces houdt de ontwikkeling in van een ‘traditionele’ samenleving naar een ‘moderne’ samenleving (Kalberg, 1980; Berting, 2006). ‘Moderne’ samenlevingen worden meer gekenmerkt door techniek en wetenschap dan ‘traditionele’ samenlevingen. Samenlevingen verschillen in mate van rationalisering. In sommige samenlevingen zijn techniek en wetenschap sterker tot ontwikkeling gekomen dan in andere samenlevingen. In ‘moderne’ samenlevingen is door de ontwikkeling van techniek en wetenschap de productie van goederen niet alleen sterk gegroeid, maar is de productie van goederen en diensten ook efficiënter geworden (Kalberg, 1980; Berting, 2006).

De Sionsberg in Dokkum heeft als streven op de ADOA binnen 48 uur een patiënt in kaart te brengen, te diagnosticeren en te starten met de behandeling (Procesbeschrijving ADOA, 2013). Deze manier van werken duidt op een efficiëntere inrichting van zorglevering vergeleken met de situatie voor de invoering van de ADOA. Een efficiënte inrichting van zorglevering op de ADOA kan gezien worden als een overgang van ‘traditionele’ zorglevering naar ‘moderne’ zorglevering waarbij efficiëntie meer centraal staat. Vanuit

sociologisch oogpunt is het relevant te bestuderen of binnen de ‘moderne’ zorglevering, waarbij efficiëntie meer centraal, kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt.

Ondanks dat het rationaliseringsprobleem processen betreft op het niveau van een samenleving (Ultee et al., 2003), op het macroniveau en het afstudeeronderwerp een mesoniveau (een ziekenhuis) of misschien wel een microniveau (de patiënt) betreft, wordt voor het huidige onderzoek aangenomen dat het afstudeeronderwerp aansluit bij het rationaliseringsprobleem. Binnen het huidige onderzoek wordt de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg gezien als een minisamenleving. De ADOA is een systeem waarbinnen interactie plaatsvindt tussen verpleegkundigen, artsen en patiënten. Ultee et al. (2003) onderschrijven dat macrovragen teruggevoerd kunnen worden tot microvragen, zoals in het huidige onderzoek gebeurt.

Ook sluit het onderwerp van deze afstudeerscriptie aan bij de kern van de medische sociologie. Aakster en Groothoff (2003, p. 15) formuleren de kern van de medische sociologie als volgt: *‘De kern van de medische sociologie houdt in dat een vraagstuk inbreng heeft in problemen rond ziekte, gezondheid en zorgverlening.’* Het huidige onderzoek draagt bij aan de optimalisering van kwalitatief goede acute zorgverlening, in het bijzonder voor de regio noordoost Friesland.

### 1.3.2 Maatschappelijke relevantie

De maatschappelijke relevantie komt om te beginnen naar voren uit het feit dat een actuele vraag vanuit ziekenhuis De Sionsberg centraal staat in het huidige onderzoek. De beantwoording van de vraag kan voor de projectgroep ADOA van ziekenhuis De Sionsberg relevante informatie opleveren om het functioneren van de ADOA en de verdere ontwikkeling van de ADOA vorm te geven. Wanneer duidelijk is welke factoren de ervaren kwaliteit van acute zorg verklaren, kan in het ontwikkelingsproces ingespeeld worden op de betreffende factoren om de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA te verbeteren.

Ten tweede is de huidige studie maatschappelijk relevant omdat het huidige regeerakkoord *Bruggen slaan* zorgaanbieders verplicht bij de declaratie van geleverde zorg informatie te verschaffen die nodig is om vast te stellen of er kwaliteit is geleverd (Regeerakkoord VVD –PVDA, 2012). Huijsman (2013) acht het naar aanleiding van het regeerakkoord *Bruggen slaan* van belang uitkomstindicatoren te benoemen waarmee kwaliteit

van zorg gemeten kan worden. De huidige studie beoogt bij te dragen aan het in kaart brengen van factoren die de ervaren kwaliteit van acute zorg verklaren.

#### 1.4 Leeswijzer

De opbouw van deze afstudeerscriptie wordt hieronder kort uiteengezet. Hoofdstuk 2 Theoretisch kader gaat in op kwaliteit van zorg, verklarende factoren voor ervaren kwaliteit van acute zorg en de verklarende rol van efficiënte acute zorglevering.

Na hoofdstuk 2 zal hoofdstuk 3 Methoden aan bod komen. Hoofdstuk 3 Methoden behandelt respectievelijk de procedure van de dataverzameling, de response van het huidige onderzoek, de operationalisering en de analyseopzet.

Hoofdstuk 4 Resultaten gaat in op de resultaten van het huidige onderzoek. De gebruikte variabelen worden uiteengezet, de hypothesen worden getoetst aan de hand van bivariate correlaties en het hele onderzoeksmodel wordt getoetst aan de hand van een multiple regressieanalyse.

In het laatste hoofdstuk, hoofdstuk 5 Conclusie en discussie, wordt de conclusie van het huidige onderzoek gegeven en worden de resultaten bediscussieerd. Tot slot worden enkele aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en voor ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.

## **Hoofdstuk 2 - Theoretisch kader**

Het theoretisch kader gaat allereerst in op kwaliteit van zorg (paragraaf 2.1). Vervolgens wordt ingegaan op de vijf kwaliteitsdimensies van het Service Quality model van Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985; 1988) als verklarende factoren voor kwaliteit van acute zorg (paragraaf 2.2). Daarna wordt in paragraaf 2.3 aan de hand van enerzijds de visie van Weber (Kalberg, 1980; Tromp, 2001) en anderzijds de visie van Harteloh en Casparie (1998) ingezoomd op efficiënte acute zorglevering als verklarende factor voor ervaren kwaliteit van acute zorg (paragraaf 2.3). Tot slot wordt in 2.4 het onderzoeksmodel gepresenteerd.

### **2.1 Kwaliteit van zorg**

De belangstelling voor kwaliteit van zorg is de afgelopen decennia toegenomen (Verkleij & Janssens, 2009). Dat blijkt onder andere uit de toegenomen omvang van literatuur over kwaliteit van zorg (Verkleij & Janssens, 2009; Harteloh & Casparie, 1998). Uit deze veelheid van studies blijkt dat kwaliteit van zorg wordt gemeten aan de hand van verschillende zorginhoudelijke uitkomstindicatoren en vanuit verschillende waarnemerperspectieven (Verzellenberg, 1980; Zuiderent-Jarek, Kool & Rademakers, 2012; Huijsman, 2013).

Zuiderent-Jarek en collega's (2012) stellen in hun artikel dat veel onderzoek naar kwaliteit van zorg wordt gedomineerd door de zorginhoudelijke uitkomstindicator het mortaliteitscijfer. Veelal worden mortaliteitscijfers in de literatuur gezien als uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg. Damen, Van Leeuwen, Van Zanten en Bakker (2002) stellen dat er een positief verband is tussen klinische richtlijnen en kwaliteit van zorg die op IC's wordt geboden. Kwaliteit van zorg op IC's leidt op haar beurt tot lagere mortaliteit, minder complicaties en efficiënter gebruik van middelen. Rooney (2008) en Scott, Vaughan, Bell (2009) zien in hun onderzoeken naar acute medical units (AMU's) eveneens mortaliteitscijfers als uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg. Wouters (2011) ziet in zijn verslag over het *Annual Forum on Quality Improvement in Health Congress*, mortaliteitscijfers eveneens als uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg. Wouters (2011, p. 133) stelt het volgende: *'Het Handhygiëne project is een inspirerend voorbeeld van een relatief eenvoudig implementatieproject waarmee aantoonbaar belangrijke kwaliteitswinst gehaald kan worden, zoals verlaging van mortaliteitscijfers.'*

Een andere veel gebruikte zorginhoudelijke uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg is het aantal medische fouten. In de vorige alinea kwam naar voren dat Damen en collega's (2002) het aantal medische fouten als uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg zien. Bering (2005) stelt in het boek *Zorg voor de kwaliteit van de zorg* dat het elimineren van medische fouten ten goede komt aan de kwaliteit van zorg. Scott en collega's (2009) zien het aantal medische fouten in hun studie naar AMU's eveneens als uitkomstindicator voor kwaliteit van zorg. Wilson, Runciman, Gibberd, Harrison, Newby en Hamilton (1995) hebben de kwaliteit van de Australische gezondheidszorg in kaart gebracht door middel van een retrospectief dossieronderzoek. Bij het in kaart brengen van de kwaliteit van de Australische gezondheidszorg, hebben Wilson en collega's (1995) het aantal medische fouten als uitkomstindicator gebruikt.

Naast verschillende indicatoren om kwaliteit van zorg te meten, zijn er verschillende waarnemerperspectieven waar vanuit kwaliteit van zorg bekeken kan worden, bijvoorbeeld het professionele waarnemerperspectief, het politiek-economische waarnemerperspectief en het waarnemerperspectief van de patiënt. Vanuit het politiek-economische waarnemerperspectief wordt kwaliteit van zorg vooral bekeken aan de hand van toegankelijke, veilige en betaalbare zorg (Grol, 1999). Nijhuis (2004) stelt daarbij dat vanuit het politiek-economische waarnemerperspectief de gezondheidszorg vooral doelmatig en beheersbaar moet zijn. Politici, beleidsmakers en verzekeraars gaan ervan uit dat kwaliteit van zorg gewaarborgd wordt door regelgeving, contracten, budgettering en inspectie van buitenaf. Politici, beleidsmakers en verzekeraars hebben vraag naar transparante zorg, ze willen dat zorginstellingen verantwoording afleggen over de zorg die ze leveren (Grol, 1999).

Vanuit het professionele waarnemerperspectief wordt kwaliteit van zorg gewaarborgd door klinische ervaring en vakmanschap. Professionals in de zorg hebben de controle over verbetering van kwaliteit van zorg (Grol, 1999; Groenewegen, Hansen & ter Bekke, 2007).

Tenslotte kan kwaliteit van zorg bekeken worden vanuit het waarnemerperspectief van de patiënt. Tegenwoordig worden uitkomsten van zorg steeds meer vanuit het waarnemerperspectief van de patiënt geformuleerd. Steeds meer is er sprake van patiëntgerichte zorg, waarbij de mening en ervaring van de patiënt uitgangspunt is (Van Audenhove, 2012). In veel studies wordt gebruikt gemaakt van het Service Quality model van Parasuraman et al. (1985; 1988) om vanuit het waarnemerperspectief van de patiënt kwaliteit van zorg te meten. Oh (1999) en Buttle (1995) stellen dat het Service Quality model een van

de meest gebruikte modellen is om kwaliteit van een dienst te meten. Het Service Quality model bestaat uit vijf kwaliteitsdimensies:

1.      Tastbaarheden: Fysieke faciliteiten, apparatuur, en de uiterlijke verzorging van het personeel.
2.      Betrouwbaarheid: De mogelijkheid om de beloofde dienst betrouwbaar en nauwkeurig uit te voeren.
3.      Responsiviteit: Bereidheid om klanten te helpen en service te verlenen.
4.      Zekerheid: Kennis en hoffelijkheid van werknemers en hun vermogen om vertrouwen te winnen bij consumenten.
5.      Empathie: Zorgzaam zijn, individuele aandacht leveren aan consumenten (Parasuraman et al., 1988).

In bijlage 1 is uiteengezet hoe Parasuraman en collega's (1985; 1988) tot de vijf dimensies, om kwaliteit van een dienst te meten, zijn gekomen.

## 2.2 De vijf kwaliteitsdimensies en kwaliteit van zorg

Voor deze afstudeerscriptie worden de kwaliteitsdimensies afkomstig van het Service Quality model, ontwikkeld door Parasuraman en collega's (1985; 1988), als theoretisch kader gebruikt om ervaren kwaliteit van acute zorg te verklaren. Vanuit de literatuur over kwaliteit van zorg wordt ondersteuning gevonden voor de vijf kwaliteitsdimensies opgesteld door Parasuraman en collega's (1985; 1988).

Smidts (1993) heeft in zijn studie, onder zeven bedrijven waaronder een ziekenhuis, onderzocht welke kwaliteitsdimensies klanten het belangrijkste vinden als onderdeel van kwaliteit. Klanten van de betreffende dienst konden scoren welke kwaliteitsdimensie ze het belangrijkste vonden. De resultaten laten zien dat patiënten van het betreffende ziekenhuis de dimensie betrouwbaarheid het belangrijkste vinden als onderdeel van kwaliteit van zorg. De dimensies tastbaarheden en empathie staan beide op de tweede plaats en worden door patiënten even belangrijk ervaren. De dimensies responsiviteit en zekerheid worden respectievelijk als vierde en vijfde belangrijkste kwaliteitsdimensie beoordeeld (Smidts, 1993).



Onwezen (2011) heeft, bij de intramurale zorginstellingen<sup>6</sup> van BrabantZorg, onderzocht welke dimensies van invloed zijn op de kwaliteit van zorg. Naar voren komt dat de dimensies betrouwbaarheid en empathie van invloed te zijn op de kwaliteit van zorg binnen de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. De kwaliteitsdimensies tastbaarheden, responsiviteit en zekerheid blijken niet van invloed op de kwaliteit van zorg binnen de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg (Onwezen, 2011).

Alison (1999) heeft voor twee verschillende typen gezondheidszorg in Australië, onderzoek gedaan naar de bruikbaarheid van de vijf kwaliteitsdimensies van het Service Quality model. De twee typen gezondheidszorg die Alison (1999) in zijn kwantitatieve onderzoek onderscheidt zijn *medical care* en *health care*. *Medical care* bestaat in Australië alleen uit medische zorg. *Health care* bestaat in Australië uit een integratie van cognitieve, sociale en emotionele zorg (Alison, 1999). Alison (1999) heeft door vragenlijsten af te nemen bij gebruikers van beide typen gezondheidszorg in kaart gebracht hoe belangrijk zij de kwaliteitsdimensies achten. De resultaten laten zien dat de gebruikers van beide typen gezondheidszorg in Australië verschillende waarden toekennen aan de kwaliteitsdimensies. Gebruikers van *medical care* achten de kwaliteitsdimensie betrouwbaarheid het belangrijkste, respectievelijk gevolgd door de kwaliteitsdimensies empathie, zekerheid, responsiviteit en tastbaarheden. Gebruikers van *health care* vinden zekerheid de meest belangrijke kwaliteitsdimensie, respectievelijk gevolgd door empathie, responsiviteit, betrouwbaarheid en tastbaarheden (Alison, 1999).

### 2.2.1. De vijf kwaliteitsdimensies en kwaliteit van acute zorg

Vanuit de literatuur over AOA's, wordt eveneens ondersteuning gevonden voor het Service Quality model (1985; 1988). Een tekort in kennis is onderdeel van de kwaliteitsdimensie zekerheid (Parasuraman et al., 1985). Smeets (2008) geeft in zijn onderzoek aan dat verpleegkundigen op de AOA binnen het Atrium MC Parkziekenhuis in Heerlen, door hun smalle ervaringsgebied kampten met een beperking in kennis. Smeets (2008) geeft aan dat verpleegkundigen vaak jaren werkzaam zijn op een specifieke afdeling en daardoor gespecialiseerd zijn in een specialisme. Aangezien op een acute zorgafdeling allerlei

---

<sup>6</sup> Intramurale zorginstellingen zijn zorginstellingen waar 24 uur per dag continu zorg mogelijk is. Te denken valt aan zorgverlening in een ziekenhuis, verpleeghuis, psychiatrische inrichting en een instelling voor verstandelijk gehandicapten (Intramurale zorg, geraadpleegd op 9 december 2013).

specialismen samenkomen, kan een verpleegkundige een te smal ervaringsgebied hebben en kennis tekort komen. Tekort in kennis bij verpleegkundigen kan ertoe leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die nodig is (Smeets, 2008).

Van Kaam en collega's (2011) geven aan dat door de invoering van een AOA patiënten minder op verkeerde verpleegafdeling terecht komen, ook wel 'foute plaatsing' genoemd. 'Foute plaatsing' wordt geschaard onder de kwaliteitsdimensie betrouwbaarheid (Parasuraman et al., 1988). 'Foute plaatsing' brengt volgens Van Kaam en collega's (2011) een verhoogd risico op medische fouten met zich mee. Wanneer een patiënt 'fout' geplaatst is, krijgt hij/zij niet de deskundige zorg die noodzakelijk is. De invoering van een AOA leidt volgens Van Kaam en collega's (2011) tot een verlaagd risico op medische fouten. De bevinding van Van Kaam en collega's (2011) is in lijn met de bevinding van Crommentuyn (2010). Na de komst van een AOA in het Zaans Medisch Centrum is het niet meer voorgekomen dat acute patiënten op verschillende verpleegafdelingen liggen en langer op zorg moeten wachten dan noodzakelijk (Crommentuyn, 2010).

Op basis van de literatuur over de kwaliteitsdimensies, opgesteld door Parasuraman en collega's (1985; 1988), wordt verwacht dat de vijf dimensies gebruikt kunnen worden om de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum te verklaren. De hypothesen zijn als volgt:

*H1. Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van tastbaarheden, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

*H2. Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van betrouwbaarheid, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

*H3. Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van responsiviteit, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

*H4. Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van zekerheid, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

*H5. Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van empathie, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

### 2.3 Efficiëntie en kwaliteit van zorg

In deze paragraaf wordt ingegaan op efficiëntie als verklarende factor van kwaliteit van zorg. Allereerst wordt de visie van Weber (Kalberg, 1980; Tromp, 2001) over efficiëntie als verklarende factor van kwaliteit van zorg uitgewerkt. Daarna wordt de tegengestelde visie van

Harteloh en Casparie (1998) over efficiëntie als verklarende factor van kwaliteit van zorg uitgewerkt. Voor beide, tegengestelde visies zijn ondersteunende resultaten te vinden in de literatuur.

Max Weber is een van de klassieke sociologen bij wie de begrippen rationalisering en rationaliteit centraal staan in zijn werk (Ultee et al., 2003). Weber onderscheidt verschillende typen rationaliteit (Cockerham, Abel & Lüschen, 1993; Kalberg, 1980; Germov, 2005; Swedberg, 1998). Van belang voor het huidige onderzoek zijn de substantieve rationaliteit en formele rationaliteit. Volgens Weber is er binnen de moderne samenleving voortdurend conflict tussen substantieve rationaliteit en formele rationaliteit (Cockerham et al., 1993). Hij stelt dat de moderne samenleving wordt beheerst door praktische, theoretische en formele rationalisering (Kalberg, 1980; Germov, 2005). Dat impliceert dat er binnen de moderne maatschappij weinig ruimte is voor substantieve rationaliteit.

Swedberg (1998) en Kalberg (1980) stellen dat substantieve rationaliteit, zoals Weber dat bedoeld heeft, te maken heeft met waarden waar mensen aan hechten. Kwaliteit van zorg is een belangrijke waarde binnen de gezondheidszorg (Hoeksema & Verduijn, 2012). Binnen het huidige onderzoek wordt ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg gezien als substantieve rationaliteit. Daarnaast wordt efficiënte acute zorgverlening op de ADOA gezien als formele rationaliteit. Dat is in lijn met wat Swedberg (1998) stelt. Swedberg (1998) stelt dat formele rationaliteit, zoals Weber dat bedoeld heeft, te maken heeft met kwantiteit ofwel efficiëntie.

Op basis van de visie van Weber wordt afgeleid dat ervaren kwaliteit van acute zorg en efficiënte acute zorglevering niet samengaan. Ofwel dat efficiënte acute zorglevering op de ADOA niet bijdraagt aan hoge ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg.

Deze afgeleide veronderstelling wordt ondersteund door Cockerham en collega's (1993). Zij stellen dat formele rationaliteit een dominantere factor is binnen de gezondheidszorg dan substantieve rationaliteit. Binnen de gezondheidszorg draait het volgens Cockerham en collega's (1993) steeds meer om efficiëntie dan om kwaliteit van zorg.

Ook Koppenjan (2012) is van mening dat kwaliteit van zorg niet verklaard wordt door efficiëntere zorglevering. Koppenjan (2012) laat zich in zijn boek *Het verknipte bestuur* uit over de achteruitgang van de kwaliteit in de publieke dienstverlening. Hij stelt dat publieke dienstverlening niet te organiseren valt als een koekjesfabriek. De afgelopen decennia hebben politici en bestuurders zich volgens Koppenjan (2012) te veel laten leiden door efficiency,

resultaatgericht werken, marktwerking en prestatiemeting waardoor de kwaliteit van publieke dienstverlening in het geding is gekomen.

De bevindingen van Thompson, Yarnold, Williams en Adams (1995) zijn eveneens in lijn met de van de visie van Weber afgeleide verwachting. Zij hebben ziekenhuispatiënten twaalf maanden lang gevraagd deel te nemen aan een onderzoek waarbij een vragenlijst telefonisch werd afgenomen. De vragenlijst ging in op de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg. Uit het onderzoek bleek dat wanneer de wachttijden korter waren dan door de patiënt werd verwacht, de patiënt de algehele kwaliteit van zorg hoger beoordeelde. Echter, de werkelijke wachttijden voorspelden de door patiënten beoordeelde kwaliteit van zorg niet (Thompson et al., 1995).

Afgeleid van de visie van Weber is de volgende hypothese opgesteld:

*H6a: Hoe efficiënter de acute zorglevering, hoe lager de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart.*

Harteloh en Casparie (1998) hebben een visie die tegengesteld is aan de visie van Weber. Harteloh en Casparie (1998) stellen dat door procesbeheersing getracht wordt de kwaliteit van een eindproduct te verbeteren. Procesbeheersing is in hun visie een noodzakelijke maar geen voldoende voorwaarde om kwaliteit te waarborgen. De werkwijze zoals die op de ADOA plaatsvindt, wordt gezien als een vorm van procesbeheersing. Op basis van de visie van Harteloh en Casparie (1998) wordt afgeleid dat ervaren kwaliteit van acute zorg en efficiënte acute zorglevering wel samengaan. Ofwel dat efficiënte acute zorglevering bijdraagt aan hoge door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.

Er zijn verschillende studies in lijn met de visie van Harteloh en Casparie (1998). Zo stelt Verzellenberg (1980) dat kwaliteit overeenkomt met efficiëntie. Volgens Verzellenberg (1980) gaat kwaliteit om de verhouding tussen het bereikte en het gewenste resultaat en de periode waarbinnen dat resultaat wordt behaald. Dat kwaliteit overeenkomt met efficiëntie impliceert dat efficiënte acute zorglevering de ervaren kwaliteit van acute zorg kan verklaren.

Van Oostrum, van der Lans, van Houdenhoven, Hans, Hurink, Wullink, en Kazemier (2006) toonden aan dat het schuiven met de planning van operaties leidt tot significante reductie in wachttijden voor spoedpatiënten. De reductie in wachttijden leidde op haar beurt tot hogere kwaliteit van zorg voor spoedpatiënten, zonder dat het extra kosten met zich mee bracht (Van Oostrum et al., 2006).

Decoussemaker (2001) heeft voor haar afstudeerscriptie onderzoek gedaan naar het verband tussen wachttijden in een ziekenhuis en gepercipieerde kwaliteit van zorg, vanuit een patiëntperspectief. Binnen het onderzoek van Decoussemaker (2001) betroffen de wachttijden de duur totdat een patiënt geholpen werd door een arts. Decoussemaker (2001) vond net als Van Oostrum en collega's (2006) een verband tussen de totale wachttijd in het ziekenhuis en de gepercipieerde kwaliteit van zorg. Hoe langer de wachttijden in het ziekenhuis waren, hoe lager de gepercipieerde kwaliteit van zorg (Decoussemaker, 2001).

Een Amerikaanse studie uitgevoerd door Dansky en Miles (1997) heeft vanuit patiëntperspectief onderzoek gedaan naar de relatie tussen kwaliteit van zorg en wachttijden binnen de ambulante zorg. Deze Amerikaanse studie toont, in tegenstelling tot het onderzoek van Thompson en collega's (1995), aan dat de werkelijke wachttijd de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg verklaart. Hoe korter de wachttijden waren, hoe hoger patiënten de kwaliteit van zorg ervoeren (Dansky & Miles, 1997). Dansky en Miles (1997) tonen daarnaast aan dat het informeren van patiënten hoelang ze ongeveer moeten wachten en het iets te doen hebben tijdens het wachten, beide een positief effect hebben op de door patiënten ervaren kwaliteit van zorg.

Van Kaam et al. (2011) stellen in hun onderzoek naar AOA's in Nederland dat door sneller consult op AOA's de patiëntveiligheid is verbeterd na de invoering van AOA's. Deze bevinding is in lijn met de bevinding van Smeets (2008). Smeets (2008) geeft in zijn artikel aan dat er sneller en makkelijker consult van specialisten plaatsvindt op de AOA. Daarbij worden kostbare faciliteiten als bewakingsapparatuur efficiënter gebruikt, met als gevolg dat de patiëntveiligheid is verbeterd (Smeets, 2008). Van Hal (2010) geeft in zijn onderzoek naar kwaliteit van zorg vanuit een patiëntenperspectief aan dat goede logistiek en efficiënter verloop van zorg ten goede komen aan de veiligheid van patiënten. Indien sneller consult gezien kan worden als vorm van efficiëntie en indien patiëntveiligheid gezien kan worden als vorm van ervaren kwaliteit van acute zorg, zijn de bevindingen van Van Kaam et al. (2011), Smeets (2008) en Van Hal (2010) in lijn met de visie van Harteloh en Casparie (1998).

Doorstroom van patiënten lijkt ook van invloed op ervaren kwaliteit van acute zorg. Volgens Van Kaam en collega's (2011) raakt een acute zorgafdeling vol op het moment dat er te weinig focus ligt op de doorstroom van patiënten. Onvoldoende aandacht voor de doorstroom van patiënten kan ertoe leiden de 48 uur norm wordt overschreden. Wanneer de 48 uur norm wordt overschreden, houdt een patiënt een bed bezet op een afdeling waar acute zorg wordt geleverd. Wat op haar beurt kan leiden tot onvoldoende lege bedden op de AOA.

Nieuw binnenkomende patiënten met een acute zorgvraag komen, wanneer er geen lege bedden op de AOA zijn, terecht op een reguliere verpleegafdeling. Een patiënt met een acute zorgvraag op een reguliere verpleegafdeling krijgt wellicht niet de zorg die noodzakelijk is. Van Kaam en collega's (2011) stellen dat slechte doorstroom van patiënten mogelijk tot gevolg heeft dat de kwaliteit van acute zorg afneemt, ofwel dat efficiënte acute zorglevering ten goede komt aan de ervaren kwaliteit van acute zorg. Deze bevinding van Van Kaam en collega's is eveneens in lijn met de visie van Harteloh en Casparie (1998).

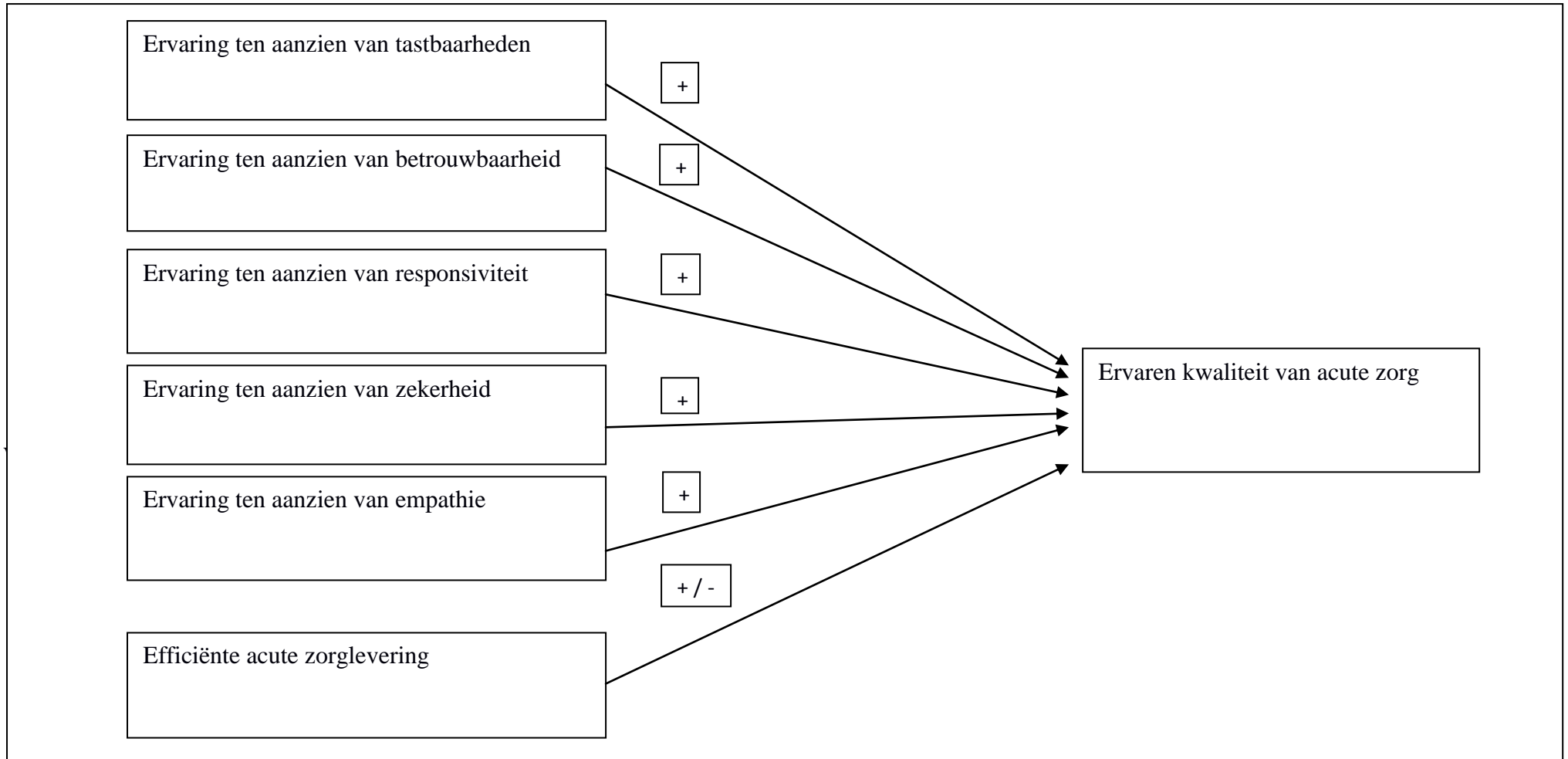
De hypothese afgeleid van de visie van Harteloh en Casparie (1998) is als volgt:

*H6b: Hoe efficiënter de acute zorglevering, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van de acute zorg ervaart.*

#### 2.4 Het onderzoeksmodel

Alle geformuleerde hypothesen in dit hoofdstuk zijn verwerkt in een onderzoeksmodel. Het onderzoeksmodel staat schematisch weergegeven in figuur 1 en staat centraal in het huidige onderzoek.

Op basis van het Service Quality model van Parasuraman et al. (1985; 1988) en de literatuur die het model ondersteunt, wordt verwacht dat er een positief verband bestaat tussen de door patiënten ervaren mate van tastbaarheden, betrouwbaarheid, responsiviteit, zekerheid en empathie en ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum. De literatuur is niet eenduidig over het verband tussen efficiënte acute zorglevering en de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA. Het verband tussen efficiënte acute zorglevering en ervaren kwaliteit van acute zorg kan zowel positief als negatief zijn.



Figuur 1. Het onderzoeksmodel

+ : positief verband verwacht.

+ / - : verband kan positief of negatief zijn.

### **Hoofdstuk 3 – Methoden**

Dit hoofdstuk gaat allereerst in op de procedure van de dataverzameling (paragraaf 3.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.2 ingegaan op de response binnen het huidige onderzoek. Ten derde wordt ingegaan op de operationalisering van centrale begrippen (paragraaf 3.3). Tot slot wordt in paragraaf 3.4 de analyseopzet uiteengezet.

#### **3.1 Procedure**

Het huidige onderzoek betreft een cross-sectionele, kwantitatieve studie. Gewerkt wordt met gegevens afkomstig van schriftelijke vragenlijsten, die door patiënten zijn ingevuld. Allereerst wordt ingegaan op de voorbereiding van de dataverzameling (paragraaf 3.1.1). Vervolgens wordt in paragraaf 3.1.2 ingegaan op de dataverzameling.

##### **3.1.1 Voorbereiding dataverzameling**

Voorafgaand aan de dataverzameling heeft, in overleg met de projectgroep ADOA, een aantal voorbereidingen plaatsgevonden. Allereerst is er een vragenlijst ontwikkeld om de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA in kaart te brengen (zie bijlage 2).

Ten tweede is een werkwijze opgesteld voor het verstrekken van de vragenlijsten, voor zowel verpleegkundigen van de AZA als de AZP (zie bijlage 3). Tijdens een presentatie over het huidige onderzoek, op 31 oktober 2013, is de werkwijze ten aanzien van het verstrekken van de vragenlijsten toegelicht. Daarnaast is door de coördinatoren van de ADOA tijdens het weekoverleg, in week 45 van 2013, eveneens de werkwijze voor het verstrekken van de vragenlijsten toegelicht.

Alle patiënten die de ADOA verlieten, kregen een vragenlijst mee. Daarbij was speciale aandacht voor de leeftijd van de patiënt:

- Patiënten die achttien jaar of ouder waren, kregen zelf de vragenlijst mee en konden de vragenlijst zelf invullen en terugsturen naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het UMCG.
- Indien een patiënt jonger was dan achttien jaar kreeg een ouder/verzorger de vragenlijst mee. De ouder/verzorger kon al dan niet in overleg met het kind de vragenlijst invullen en terugsturen naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het UMCG. Er wordt aangenomen dat, indien de patiënt hulp krijgt bij het invullen van de vragenlijst, de vragenlijst betrouwbaar wordt ingevuld.



Deze leeftijdsgrens komt overeen met het ethiekreglement PEDOK, opgesteld door de commissie Ethiek afdeling PEDOK en onderdeel van de faculteit Gedrags- en Maatschappijwetenschappen van de Rijksuniversiteit Groningen: *'In geval van onderzoek bij kinderen jonger dan twaalf jaar moet een toestemmingsformulier ondertekend worden door de wettelijke vertegenwoordiger van het kind. In geval van onderzoek bij kinderen van twaalf jaar en ouder moet een toestemmingsformulier ondertekend door zowel het kind als de wettelijke vertegenwoordiger. Vanaf achttien jaar is geen toestemming meer nodig van de wettelijke vertegenwoordiger.'* (Commissie Ethiek afdeling PEDOK, 2012).

Ten derde is informatiemateriaal ontwikkeld voor potentiële respondenten: een informatieposter en een informatiebrief. Op de ADOA hingen gedurende de dataverzameling informatieposters met informatie over het huidige onderzoek. De informatiebrief werd met de vragenlijst meegegeven (zie bijlage 4).

### 3.1.2 Dataverzameling

De enveloppen met vragenlijsten zijn door verpleegkundigen van de ADOA verstrekt aan patiënten die de ADOA verlieten. In de enveloppen zat een informatiebrief, een vragenlijst en een gefrankeerde retourenveloppe geadresseerd aan de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG.

De patiënt had een aantal mogelijkheden ten aanzien van het invullen en het weigeren van de vragenlijst. Allereerst kon de patiënt de vragenlijst ter plekke op de ADOA invullen en teruggeven aan een verpleegkundige. De verpleegkundige deponeerde vervolgens de ingevulde vragenlijst in de bak met het etiket 'ingevuld/direct geweigerd'. Ten tweede kon de patiënt de vragenlijst direct weigeren en teruggeven aan de verpleegkundigen. De verpleegkundige deponeerde net als de direct ingevulde vragenlijst, de direct geweigerde vragenlijst in een bak met het etiket 'ingevuld/direct geweigerd'. Ten derde kon de patiënt op een later tijdstip beslissen niet deel te willen nemen aan het onderzoek. Indien de patiënt besloot de vragenlijst niet in te vullen, kon hij/zij een reden aangeven en de vragenlijst, in de bijgevoegde gefrankeerde enveloppe, naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het UMCG sturen of de vragenlijst weggooien. Ten vierde kon de patiënt ervoor kiezen de vragenlijst wel in te vullen. De patiënt kon de ingevulde vragenlijst in de bijgevoegde gefrankeerde enveloppe naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde &

Volksgezondheid binnen het UMCG sturen. In alle gevallen was deelname aan het onderzoek volledig vrijwillig en anoniem.

### 3.2 Response

Het beoogde aantal respondenten was  $n = 98$ . Dit aantal was gebaseerd op een powerberekening<sup>7</sup>. Het beoogde aantal respondenten wordt ondersteund door het Nivel (2012). Het Nivel (2012) stelt dat voor een meting bij een enkel ziekenhuis, er minstens  $n=100$  ingevulde vragenlijsten verzameld moeten zijn voor het uitvoeren van betrouwbare regressieanalyses. De inschatting vanuit ziekenhuis De Sionsberg was dat de beoogde response binnen acht weken gerealiseerd kon zijn<sup>8</sup>. Echter, de response viel tegen.

Op maandag 4 november 2013 is de dataverzameling van start gegaan. Op woensdag 4 december 2013 waren er  $n=16$  ingevulde vragenlijsten op het UMCG binnen. Op maandag 6 januari 2014 waren er  $n=40$  ingevulde vragenlijsten verzameld. In week twee van 2014 is besloten de dataverzameling uit te breiden met acht weken.

Daarnaast is in het kader van de haalbaarheid van het huidige onderzoek besloten de power te verlagen van 0.8 naar 0.6. Bij een power van 0.6 zijn  $n = 68$  ingevulde vragenlijsten nodig om betrouwbare lineaire multiple regressieanalyses uit te voeren<sup>9</sup>. Na het verlagen van de power moet in ogenschouw worden genomen dat de kans op een type II fout, ofwel de kans om de nulhypothese niet te verwerpen, wordt vergroot (Gravetter & Wallnau, 2009).

Uiteindelijk zijn tot maandag 17 maart 2014 ingevulde vragenlijsten verzameld. Na een duur van negentien weken zijn er 230 vragenlijsten verstrekt, drie ‘nee-bedankt’ strookjes verzameld en 74 ingevulde vragenlijsten verzameld. Respondenten die meer dan de helft van

---

<sup>7</sup> Met het statistische programma ‘G-Power 3.1.7.’ zijn power-analyses uitgevoerd. ‘G-power 3.1.7.’ biedt veel mogelijkheden ten aanzien van poweranalyses. Er is een power-analyse uitgevoerd met gangbare waarden. Een gangbare effectgrootte bij een lineaire multiple regressieanalyse is een medium effect ( $f^2 = 0.15$ ), aldus het ‘G-power 3.1.7.’ Een gangbaar level voor power is 0.8 (Field, 2009). Een gangbaar significantieniveau is 0.05 ( $\alpha = 0.05$ ) (Field, 2009). Ook is van belang dat het onderzoeksmodel van de huidige studie zes predictors bevat. Gegeven dat er sprake is van een medium effect  $f^2 = 0.15$ , een power van 0.8, een significantieniveau  $\alpha = 0.05$  en 6 predictors zijn er  $n=98$  ingevulde vragenlijsten nodig om betrouwbare lineaire multiple regressieanalyses uit te voeren.

<sup>8</sup> De inschatting om binnen acht weken de response te realiseren is naar voren gekomen tijdens mijn presentatie over het huidige onderzoek op 31 oktober 2013 in ziekenhuis De Sionsberg, te Dokkum.

<sup>9</sup> Gegeven dat het level voor power van 0.6 is, de effectgrote gelijk blijft ( $f^2 = 0.15$ ), het significantieniveau gelijk blijft ( $\alpha = 0.05$ ) en het aantal predictors zes blijft, zijn er  $n=68$  ingevulde vragenlijsten nodig om betrouwbare lineaire multiple regressieanalyses uit te voeren.

de achtergrondvariabelen niet hebben ingevuld, zijn verwijderd uit de dataset. Uiteindelijk zijn er  $n = 71$  bruikbare ingevulde vragenlijsten verzameld. De uiteindelijke netto response is 30,4 procent.

Er zijn geen patiëntkenmerken bekend van patiënten die de vragenlijst niet hebben ingevuld. Dat maakt het onmogelijk een uitspraak te doen over mogelijke selectie-effecten binnen de onderzoekspopulatie. Ondanks dat van elke patiënt die de ADOA bezoekt een medisch dossier wordt aangelegd, is het niet mogelijk de onderzoeksgroep te vergelijken met alle patiënten die de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg bezoeken. Allereerst wordt de anonimiteit van patiënten niet gewaarborgd indien het wel mogelijk zou zijn de onderzoeksgroep te vergelijken met alle patiënten die de ADOA hebben bezocht. Ten tweede ligt in de wet ‘Wet op de Geneeskundige Behandelingsovereenkomst’ vastgelegd dat informatie afkomstig uit medisch dossiers niet zomaar toegankelijk is voor derden (Informatiepunt dwang in de zorg, 2014). Bij de interpretatie van de resultaten moet rekening worden gehouden met het de mogelijkheid dat de onderzoeksgroep niet representatief is voor de onderzoekspopulatie.

### 3.3 Operationalisering

Binnen het theoretisch kader is een onderzoeksmodel opgesteld met verschillende hypothesen die getoetst worden. Het onderzoeksmodel van de huidige studie kent één afhankelijke variabele en zes onafhankelijke variabelen.

Vrijwel alle onafhankelijke variabelen, behalve de onafhankelijke variabele *efficiënte acute zorglevering*, worden gemeten aan de hand van schalen afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname (Nivel, 2012). Ondanks dat de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname niet is gebaseerd op de vijf kwaliteitsdimensies opgesteld door Parasuraman en collega's (1985; 1988), is er binnen het huidige onderzoek voor gekozen de vijf kwaliteitsdimensies opgesteld door Parasuraman en collega's (1985; 1988) te operationaliseren aan de hand van schalen afkomstig van de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. Bij de vijf kwaliteitsdimensies van het Service Quality model is één schaal of zijn meerdere schalen gezocht die een betreffende kwaliteitsdimensie zo goed mogelijk operationaliseren.

De CQ-index Ziekenhuisopname is ontwikkeld door het Nivel, in samenwerking met de afdeling Sociale Geneeskunde van het AMC, met financiering van Agis, de Stichting

Miletus (een samenwerkingsverband van verzekeraars) en ZonMw (Nivel, geraadpleegd op 16 juli 2013). De CQ-index Ziekenhuisopname is ontwikkeld om de kwaliteit van zorg tijdens een ziekenhuisopname te meten vanuit het perspectief van de patiënt (Nivel, 2011; Nivel, 2012; Sixma, Spreeuwenberg, Zuidgeest & Rademakers, 2009).

Allereerst wordt de operationalisering van de afhankelijke variabele uiteengezet. Vervolgens wordt per onafhankelijke variabele de operationalisering uiteengezet. Tot slot wordt ingegaan op gemeten achtergrondvariabelen.

#### Ervaren kwaliteit van acute zorg

De afhankelijke variabele is: *ervaren kwaliteit van acute zorg*. De variabele wordt gemeten aan de hand van één item: *‘Welk cijfer geeft u de kwaliteit van zorg die is geleverd op de Acute Diagnose en Opname Afdeling binnen ziekenhuis De Sionsberg?’*. Als antwoord kan een cijfer worden toegekend van nul tot en met tien. Het cijfer nul betekent dat de patiënt de kwaliteit van acute zorg op de ADOA als heel slecht heeft ervaren en het cijfer tien betekent dat de patiënt de kwaliteit van acute zorg op de ADOA als uitstekend heeft ervaren.

#### Ervaring ten aanzien van tastbaarheden

De onafhankelijke variabele *ervaring ten aanzien van tastbaarheden* wordt gemeten aan de hand van de, uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname afkomstige, schaal **‘eigen inbreng’**. De schaal bestaat uit vijf items. 1. *‘Had u genoeg privacy bij uw persoonlijke verzorging?’*. 2. *‘Kon u bezoek ontvangen op de tijdstippen dat u dat wilde?’*. 3. *‘Kon u zich ongestoord even terugtrekken wanneer u dat wilde?’*. 4. *‘Kon u eten op de tijdstippen dat u dat wilde?’*. 5. *‘Kon u bij uw opname op de ADOA meebeslissen over zaken die u belangrijk vindt?’*. Alle items kennen als antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal en altijd (Nivel, 2012). Op basis van de itemscores wordt de schaal geconstrueerd, waarbij een hogere score meer ervaren tastbaarheden betekent.

#### Ervaring ten aanzien van betrouwbaarheid

De onafhankelijke variabele *ervaring ten aanzien van betrouwbaarheid* wordt gemeten aan de hand van de schaal, **‘gevoel van veiligheid’**, afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. De schaal **‘gevoel van veiligheid’** bestaat uit drie items. 1. *‘Werd, bij het verstrekken van medicijnen, nagegaan of dit medicijn ook echt voor u bestemd was, bijvoorbeeld door te vragen naar uw naam of het controleren van uw polsbandje?’*. Het eerste

item kent als antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal, altijd, weet ik niet (meer) en niet van toepassing, ik gebruikte geen medicijnen. 2. *‘Werd, voordat een behandeling, onderzoek of ingreep begon, gecontroleerd of u de juiste persoon was, bijvoorbeeld door te vragen naar uw naam en geboortedatum?’*. Het tweede item heeft de volgende antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal, altijd en weet ik niet (meer). 3. *‘Hadden medewerkers op de ADOA genoeg aandacht voor onveilige situaties?’*. Het laatste item kent als antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal en altijd (Nivel, 2012). Op basis van de itemscores wordt de schaal geconstrueerd, waarbij een hogere score meer ervaren betrouwbaarheid betekent.

#### Ervaring ten aanzien van responsiviteit

De onafhankelijke variabele *ervaring ten aanzien van responsiviteit* wordt gemeten aan de hand van twee schalen: **‘communicatie met verpleegkundigen’** en **‘communicatie met artsen’**, afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. De eerste schaal **‘communicatie met verpleegkundigen’** bevat drie items. 1. *‘Luisterden de verpleegkundigen aandachtig naar u?’*. 2. *‘Hadden de verpleegkundigen genoeg tijd voor u?’*. 3. *‘Legden de verpleegkundigen u dingen op een begrijpelijke manier uit?’*. De tweede schaal **‘communicatie met artsen’** bevat twee items. 1. *‘Hadden de artsen genoeg tijd voor u?’*. 2. *‘Legden de artsen u dingen op een begrijpelijke manier uit?’*. Alle items van de schalen **‘communicatie met verpleegkundigen’** en **‘communicatie met artsen’** kennen de volgende antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal en altijd (Nivel, 2012). Beide schalen worden op basis van de itemscores geconstrueerd. Een hoger score voor de twee schalen betekent meer ervaren responsiviteit.

#### Ervaring ten aanzien van zekerheid

De onafhankelijke variabele *ervaring ten aanzien van zekerheid* wordt gemeten aan de hand van twee schalen. De schalen zijn **‘communicatie rond medicatie’** en **‘uitleg bij behandeling’**, afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. De schaal **‘communicatie rond medicatie’** bestaat uit twee items. 1. *‘Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werd toen verteld waarvoor het nieuwe geneesmiddel diende?’*. Het item kent als antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal, altijd en niet van toepassing, ik gebruikte geen geneesmiddelen. 2. *‘Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werden toen de mogelijke bijwerkingen op een begrijpelijke manier uitgelegd?’*. Dit item kent de antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal

en altijd. De schaal **‘uitleg bij behandeling’** bestaat uit drie items. 1. *‘Vertelden artsen of verpleegkundigen u vooraf waarom een behandeling, onderzoek of ingreep nodig was?’*. 2. *‘Vertelden artsen of verpleegkundigen u vooraf wat een behandeling, onderzoek of ingreep precies inhield?’*. 3. *‘Vertelden artsen of verpleegkundigen u op een begrijpelijke manier over de eventuele bijwerkingen of gevolgen van de behandeling, onderzoek of ingreep?’*. Alle items onder de schalen **‘communicatie rond medicatie’** en **‘uitleg bij behandeling’** kennen de volgende antwoordcategorieën: nooit, soms, meestal en altijd (Nivel, 2012). Beide schalen worden op basis van de itemscores geconstrueerd. Een hogere score voor twee schalen betekent meer ervaren zekerheid.

#### Ervaring ten aanzien van empathie

De onafhankelijke variabele *ervaring ten aanzien van empathie* wordt gemeten aan de hand van de schaal **‘inhoud opnamegesprek’**, eveneens afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. De schaal bevat tien items. *‘Zijn in dit opnamegesprek onderstaande punten met u besproken of aan de orde geweest?’*. 1. *uw rechten als patiënt (klachtprocedure, enzovoorts)*. 2. *wat er gaat gebeuren bij de opname*. 3. *een kaart of film over patiëntveiligheid*. 4. *de persoon in het ziekenhuis bij wie u terecht kunt met vragen*. 5. *de medicijnen die u gebruiken*. 6. *of u wel of niet gereanimeerd wilt worden*. 7. *eventuele dieet- en voedingsvoorschriften*. 8. *eventuele overgevoeligheid voor stoffen/medicijnen*. 9. *uw voorlopige ontslagdatum*. 10. *uw persoonlijke wensen tijdens de opname*. Alle tien de items kennen als antwoordcategorieën: nee, ja en weet ik niet meer (Nivel, 2012). Op basis van de itemscores wordt de schaal geconstrueerd, waarbij een hogere score meer ervaren empathie betekent.

Om alle schalen te construeren moet een aantal stappen worden doorlopen. Allereerst worden de data gecontroleerd en opgeschoond. Indien minder dan de helft van de items binnen een schaal niet zijn beantwoord, wordt ervoor gekozen scores te imputeren volgens de richtlijnen van het Nivel (2011) (zie bijlage 5). Wanneer binnen een schaal meer dan de helft van de items niet zijn beantwoord ofwel als missing gerekend moeten worden, mag de respondent niet mee worden genomen in de analyses voor de betreffende schaal (Nivel, 2011).

Ten tweede vindt er schaalanalyse plaats. De betrouwbaarheid van de schalen wordt getoetst. Dat gebeurt aan de hand van de interne consistentie tussen items van een betreffende schaal. Een schaal met een Cronbach’s alpha tussen de  $\alpha = 0,60$  en  $\alpha = 0,70$  is gering

betrouwbaar (Wiegers & Bekkema, 2011; Koopman, Sixma, Hendriks, de Boer & Delnoij, 2011). Een schaal met een Cronbach's alpha van  $\alpha = 0,70$  of hoger, is een voldoende betrouwbare schaal (Field, 2009; Wiegers & Bekkema, 2011; Koopman, Sixma et al., 2011). Een schaal met een Cronbach's alpha van minder dan  $\alpha = 0,60$  wordt aangepast door items te verwijderen. Zowel schalen met een geringe betrouwbaarheid als schalen met een voldoende betrouwbaarheid worden meegenomen in de analyses (Koopman, Sixma et al., 2011). Uit de schaalanalyse blijkt dat nagenoeg alle schalen betrouwbaar zijn, zonder dat items verwijderd hoeven te worden, variërend van  $\alpha = 0,66$  tot  $\alpha = 0,89$  (zie tabel 1). Echter, de schaal **'gevoel van veiligheid'** is ook na het eventueel verwijderen van items onbetrouwbaar ( $\alpha = 0,31$ ) en wordt daarom niet meegenomen in de analyses.

Ten derde wordt per schaal een gemiddelde score per respondent berekend. De scores 'weet niet' en 'niet van toepassing' worden niet meegenomen in de berekening van schaalgemiddelden per respondent. Deze scores vertekenen de schaalgemiddelden (Nivel, 2011). De gemiddelde score per respondent is gelijk aan het (ongewogen) gemiddelde van de scores op de afzonderlijke vragen van een schaal (Nivel, 2011). Een voorbeeldberekening is in bijlage 6 weergegeven.

Tabel 1. Resultaten van de schaalanalyse (n = 71)

	Cronbach's Alpha
<b>Schalen</b>	
<i>Ervaring ten aanzien van tastbaarheden</i>	
Eigen inbreng	0,67
<i>Ervaring ten aanzien van betrouwbaarheid</i>	
Gevoel van veiligheid*	0,31
<i>Ervaring ten aanzien van zekerheid</i>	
Communicatie rond medicatie	0,66
Uitleg bij behandeling	0,84
<i>Ervaring ten aanzien van responsiviteit</i>	
Communicatie met verpleegkundigen	0,89
Communicatie met artsen	0,85
<i>Ervaring ten aanzien van empathie</i>	
Inhoud opnamegesprek	0,72

\*schaal wordt niet meegenomen in de analyses.

### Efficiënte acute zorglevering

De onafhankelijke variabele *efficiënte acute zorglevering* wordt geoperationaliseerd aan de hand van **'ervaren efficiëntie'** en 'objectieve efficiëntie'. **'Ervaren efficiëntie'** wordt gemeten aan de hand van één item. 'Welk cijfer geeft u de wachttijden op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg?'. Als antwoord kan een cijfer worden toegekend van nul tot en met



tien. Het cijfer nul betekent dat de patiënt de wachttijden op de ADOA erg lang vond. Het cijfer tien betekent dat de patiënt de wachttijden op de ADOA kort vond.

‘Objectieve efficiëntie’ wordt gemeten aan de hand van drie items. De drie items worden uiteindelijk gereduceerd tot twee variabelen die gebruikt worden bij het uitvoeren van de analyses. De twee variabelen die ‘objectieve efficiëntie’ uiteindelijk kent zijn: **‘wachtduur tot het zien van een professional’** en **‘verblijfsduur op de ADOA’**. De variabele ‘wachtduur tot het zien van een professional’ wordt gemeten aan de hand van één item, 1. *‘Hoeveel minuten moest u bij binnenkomst op de ADOA ongeveer wachten op een specialist, arts of specialistisch verpleegkundige?’*. De antwoordcategorieën bij item 1 zijn: 0 tot 15 minuten, langer dan 15 minuten en weet ik niet meer. De maximale duur totdat een patiënt een specialist, arts of specialistisch verpleegkundige gezien moet hebben, is vijftien minuten (Procesbeschrijving ADOA, 2013). Wanneer de duur totdat een patiënt een arts heeft gezien langer is dan vijftien minuten duidt dat op inefficiënte acute zorglevering. Wanneer de duur totdat een patiënt een arts heeft gezien korter is dan 15 minuten, duidt dat op efficiënte acute zorglevering. Uiteindelijk heeft het de variabele **‘wachtduur tot het zien van een professional’** twee antwoordcategorieën ‘korte wachtduur’ en ‘lange wachtduur’.

De variabele **‘verblijfsduur op de ADOA’** wordt gemeten aan de hand van de volgende twee items: 2. *‘Wanneer bent u op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg binnengekomen?’* en 3. *‘Wanneer hebt u de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg verlaten?’*. Bij het tweede en het derde item van ‘objectieve efficiëntie’ kan de patiënt de datum en het tijdstip aangeven op een stippellijn, indien de patiënt niet meer precies weet wanneer hij/zij is binnengekomen of wanneer hij/zij de ADOA heeft verlaten, kan hij/zij een schatting maken. Aan de hand van item 2 en 3 wordt de duur in minuten berekend hoelang een patiënt op een afdeling heeft gelegen.

#### Achtergrondvariabelen

Tot slot worden enkele achtergrondvariabelen gemeten: geslacht, leeftijd en hoogst behaalde opleiding. De achtergrondvariabelen worden gemeten aan de hand van één item. Voor de bovengenoemde achtergrondvariabelen wordt gecontroleerd, om uit te sluiten dat ze de in de analyses gevonden verbanden beïnvloeden (Agresti & Finlay, 2009).



### 3.4 Analyse opzet

Ten eerste wordt de beschrijvende statistiek van de voor dit onderzoek relevante variabelen berekend. Het gemiddelde met standaard afwijking (s.d.) of het percentage, de range en het aantal observaties ( $n$ ) staat weergegeven in tabel 2. Ten tweede worden bivariate correlaties berekend voor de samenhang tussen de afhankelijke variabelen, de onafhankelijke variabelen en de controlevariabelen. In tabel 3 staan de bivariate correlaties overzichtelijk weergegeven. Ten derde wordt het hele onderzoeksmodel getoetst door middel van een multiple regressieanalyse.

## **Hoofdstuk 4 – Resultaten**

Hoofdstuk 4 gaat allereerst in op de beschrijvende resultaten van de gebruikte variabelen (paragraaf 4.1). Vervolgens worden de hypothesen getoetst aan de hand van bivariate correlaties (paragraaf 4.2). Ten slotte wordt het hele onderzoeksmodel getoetst aan de hand van een multiple regressieanalyse (paragraaf 4.3).

### **4.1 Gebruikte variabelen**

In tabel 2 staat de beschrijvende statistiek weergegeven voor de in het huidige onderzoek relevante variabelen. Voor alle relevante variabelen is het gemiddelde of het percentage weergegeven, inclusief de standaarddeviatie, de range en het aantal observaties.

Uit tabel 2 blijkt dat de gemiddelde leeftijd van de onderzoeksgroep 53,8 jaar is. De jongste respondent is vijf jaar oud en de oudste respondent is 96 jaar oud. De totale onderzoeksgroep bestaat uit  $n = 71$  respondenten. De onderzoeksgroep bestaat uit 38 mannen en 32 vrouwen (van een respondent is het geslacht onbekend). Tot slot hebben de meeste respondenten middelbaar beroepsonderwijs of beroepsbegeleidend onderwijs afgerond (27 procent). Twee respondenten hebben geen opleiding afgerond en één respondent heeft wetenschappelijk onderwijs afgerond.

Tabel 2 laat verder drie opvallende beschrijvende resultaten zien. Allereerst is het opvallend dat de schalen **‘eigen inbreng’**, **‘communicatie rond medicatie’** en **‘inhoud opname gesprek’** een laag aantal observaties hebben, respectievelijk  $n = 38$ ,  $n = 28$  en  $n = 53$ . Dat is te verklaren doordat veel respondenten de items onder de betreffende schalen als ‘niet van toepassing’ hebben ingevuld (zie bijlage 7). Met als gevolg dat voor die respondenten geen schaalgemiddelde berekend kan worden voor de schalen **‘eigen inbreng’**, **‘communicatie rond medicatie’** en/of **‘inhoud opnamegesprek’**. Ten tweede is het opvallend dat de ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ en de ‘ervaren efficiëntie’ beide een hoog gemiddeld cijfer hebben, respectievelijk 8,99 en 8,56 op een schaal van 0 tot en met 10. Ten derde is het opvallend dat de onafhankelijke variabele ‘verblijfsduur op de ADOA’ een grote range heeft. Sommige patiënten verbleven nog geen half uur op de ADOA, terwijl andere patiënten meerdere dagen op de ADOA verbleven. De gemiddelde verblijfsduur op de ADOA is 21,5 uur.

Kenmerken van personen die patiënten hebben geholpen bij het invullen van de vragenlijsten, zogenoemde proxies, zijn niet af te lezen in tabel 2. Hieronder worden de kenmerken van proxies kort uiteengezet. Van de hele onderzoeksgroep ( $n = 71$ ) heeft  $n = 21$

respondenten hulp gehad bij het invullen van de vragenlijsten. Dat bedraagt 29,60 procent van de gehele onderzoeksgroep. In vijf gevallen kreeg de patiënt hulp bij het invullen van de vragenlijst omdat hij jonger is dan achttien jaar. In twee gevallen kreeg de patiënt hulp bij het invullen van de vragenlijst en is hij tussen de achttien en 65 jaar. In twaalf gevallen is de patiënt 65 jaar of ouder en in twee gevallen is de leeftijd van de patiënt die hulp heeft gehad bij het invullen van de vragenlijst onbekend. Vijf moeders en twee vaders hebben hun kind geholpen bij het invullen van de vragenlijst. Daarnaast hebben vijf dochters een ouder geholpen bij het invullen van de vragenlijst en vier maal heeft een echtgenoot/echtgenote zijn of haar echtgenoot/echtgenote geholpen bij het invullen van de vragenlijst. Van vijf proxies is de relatie tot de patiënt onbekend. De gemiddelde leeftijd van de proxies is 53 jaar met een minimum leeftijd van 37 jaar en een maximum leeftijd van 74 jaar. Daarbij is 75 procent van de proxies vrouw en 25 procent van de proxies man.

Tabel 2. Beschrijvende statistiek voor alle relevante variabelen: gemiddelde of percentage, standaarddeviatie (SD), range en *N*.

	Gemiddelde / %	SD	Range	N
<b>Controle variabelen</b>				
Geslacht				
(1) Man	54,30 %			38
(0) Vrouw	45,70 %			32
Leeftijd (continu)	53,80		5,00 – 96,00	71
Hoogst behaalde opleiding				
(0) Geen opleiding	3,00 %			2
(1) Lager onderwijs	9,0 %			6
(2) Lager of voorbereidend onderwijs	19,70 %			13
(3) Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs	19,70 %			13
(4) Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs	27,30 %			18
(5) Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs	6,10 %			4
(6) Hoger beroepsonderwijs	13,60 %			9
(7) Wetenschappelijk onderwijs	1,50 %			1
Ervaren kwaliteit van acute zorg	8,99	1,22	3,00 – 10,00	68
<i>Ervaring ten aanzien van tastbaarheden</i>				
Eigen inbreng	2,65	0,49	1,20 – 3,00	38
<i>Ervaring ten aanzien van betrouwbaarheid</i>				
Gevoel van veiligheid*	-	-	-	-
<i>Ervaring ten aanzien van zekerheid</i>				
Communicatie rond medicatie	2,30	0,97	0,00 – 3,00	28
Uitleg bij behandeling	2,71	0,59	0,00 – 3,00	63
<i>Ervaring ten aanzien van responsiviteit</i>				
Communicatie met verpleegkundigen	2,80	0,43	1,00 – 3,00	65
Communicatie met artsen	2,74	0,50	1,00 – 3,00	66
<i>Ervaring ten aanzien van empathie</i>				
Inhoud opname gesprek	0,58	0,24	0,00 – 1,00	53
<i>Efficiënte acute zorglevering</i>				
Ervaren efficiëntie	8,56	1,44	4,00 – 10,00	68
Wachtduur tot het zien van een professional				
0 tot 15 minuten	87,10 %			61
15 minuten of langer	11,40 %			8
Verblijfsduur op de ADOA (in minuten)	1292,20	2385,46	20,00 – 11610,00	66

\*De schaal ‘Gevoel van veiligheid’ is onbetrouwbaar gebleken en wordt niet meegenomen in de analyses.

Om meer inzicht te krijgen in de data is de onderlinge samenhang van alle variabelen binnen het huidige onderzoek onderzocht (zie tabel 3). Hieronder wordt uiteengezet welke samenhang tussen variabelen het meest opvalt.

Allereest is het opvallend dat er geen samenhang is tussen de ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ en de hoogst behaalde opleiding van de patiënt ( $r = 0,00$ ,  $p = 0,98$ ). Daarnaast is het opvallend dat er eveneens geen samenhang is tussen ‘de wachtduur tot het zien van een professional’ en de ‘verblijfsduur op de ADOA’ ( $r = -0,00$ ,  $p = 0,98$ ). Ten derde is het opvallend dat ‘**communicatie met artsen**’ een hoge significant positieve samenhang heeft met ‘**uitleg bij behandeling**’ ( $r = 0,79$ ,  $p = 0,00$ ). Deze hoge samenhang is wellicht te verklaren aan de hand van de veronderstelling dat artsen vaak aan de patiënt uitleg geven over de behandeling die gaat plaats vinden. Ten vierde is het opvallend dat ‘**communicatie met verpleegkundigen**’ een hoge significant positieve samenhang heeft met ‘**communicatie rond medicatie**’ ( $r = 0,76$ ,  $p = 0,00$ ). Deze hoge samenhang is wellicht te verklaren aan de hand van de veronderstelling dat verpleegkundigen vaak aan de patiënt uitleg geven over te gebruiken medicatie.

Tabel 3. Bivariate correlaties voor geslacht, leeftijd, opleiding, *ervaring ten aanzien van tastbaarheden*, *ervaring ten aanzien van zekerheid*, *ervaring ten aanzien van responsiviteit*, *ervaring ten aanzien van empathie* en ‘efficiënte acute zorglevering’, met als afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’.

<i>Variabele</i>	<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>	<b>D</b>	<b>E</b>	<b>F</b>	<b>G</b>	<b>H</b>	<b>I</b>	<b>J</b>	<b>K</b>	<b>L</b>	<b>M</b>
<b><i>Afhankelijke variabele</i></b>													
<b>A</b> Ervaren kwaliteit van acute zorg		-0,04	0,26*	0,00	0,33*	0,54**	0,56**	0,44**	0,51**	0,04	0,45**	-0,16	-0,21
<b><i>Controle variabelen</i></b>													
<b>B</b> Geslacht ( 0 = vrouw)			-0,11	0,11	0,02	0,29	0,04	0,19	-0,03	0,10	0,13	-0,11	0,03
<b>C</b> Leeftijd (continu)				-0,27*	-0,20	0,56	0,05	-0,06	-0,10	-0,18	0,25*	0,02	0,23
<b>D</b> Opleiding (continu)					0,08	-0,05	0,16	0,27*	0,26*	-0,02	0,08	-0,14	-0,14
<b><i>Onafhankelijke variabelen</i></b>													
<i>Ervaring ten aanzien van tastbaarheden</i>													
<b>E</b> Eigen inbreng						0,57**	0,55**	0,42**	0,45**	0,06	0,05	-0,09	-0,30
<i>Ervaring ten aanzien van zekerheid</i>													
<b>F</b> Communicatie rond medicatie							0,60**	0,76**	0,43*	-0,14	0,13	-0,19	-0,21
<b>G</b> Uitleg bij behandeling								0,62**	0,79**	-0,02	0,33**	-0,25	-0,42**
<i>Ervaring ten aanzien van responsiviteit</i>													
<b>H</b> Communicatie met verpleegkundigen									0,64**	-0,01	0,23	-0,40**	-0,19
<b>I</b> Communicatie met artsen										-0,02	0,30*	-0,19	-0,24
<i>Ervaring ten aanzien van empathie</i>													
<b>J</b> Inhoud opnamegesprek											-0,21	-0,01	-0,29*
<i>Efficiënte acute zorglevering</i>													
<b>K</b> Ervaren efficiëntie												-0,31*	-0,02
<b>L</b> Wachtduur tot het zien van een professional													-0,00
<b>M</b> Verblijfsduur op de ADOA													

\*\*  $p < 0,01$

\*  $p < 0,05$

#### 4.2 Bivariate correlaties

De in hoofdstuk 2 opgestelde hypothesen worden getoetst aan de hand van bivariate correlaties (zie tabel 3). Hieronder wordt per hypothese aangegeven of deze wordt ondersteund door de data.

Allereerst is er een significant positieve samenhang tussen de schaal **‘eigen inbreng’** en de afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,33, p = 0,04$ ). Hypothese 1 *‘Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van tastbaarheden, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart’*, wordt daarmee ondersteund.

Ten tweede is hypothese 2 *‘Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van betrouwbaarheid, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart’*, is niet getoetst. In hoofdstuk 3 Methoden bleek de schaal **‘gevoel van veiligheid’** niet betrouwbaar en is om die reden niet betrokken in het huidige onderzoek.

Ten derde is er een significant positieve samenhang tussen de schaal **‘communicatie rond medicatie’** en de afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,54, p = 0,00$ ). Daarnaast is er een significant positieve samenhang tussen de schaal **‘uitleg bij behandeling’** en de afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,56, p = 0,00$ ). Hypothese 3 *‘Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van responsiviteit, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart’*, wordt daarmee ondersteund.

Ten vierde is er een significant positieve samenhang tussen de schaal **‘communicatie met verpleegkundigen’** en de afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,44, p = 0,00$ ). Daarnaast is er een significant positieve samenhang tussen de schaal **‘communicatie met artsen’** en ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,51, p = 0,00$ ). Hypothese 4 *‘Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van zekerheid, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart’*, wordt daarmee eveneens ondersteund.

Ten vijfde hangt de schaal **‘inhoud opnamegesprek’** niet significant samen met ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,04, p = 0,80$ ). Hypothese 5 *‘Hoe beter de ervaring van de patiënt ten aanzien van empathie, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart’*, wordt daarmee niet ondersteund.

Ten zesde hangen ‘ervaren efficiëntie’ en ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ ( $r = 0,45, p = 0,00$ ) significant positief met elkaar samen. Echter, ‘wachtduur tot het zien van een professional’ ( $r = -0,16, p = 0,19$ ) en ‘verblijfsduur op de ADOA’ ( $r = -0,21, p = 0,09$ ) hangen niet significant samen met de afhankelijke variabele ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’.

Hypothese 6a '*Hoe efficiënter de acute zorglevering, hoe lager de patiënt de kwaliteit van acute zorg ervaart*', wordt daarmee niet ondersteund. Hypothese 6b '*Hoe efficiënter de acute zorglevering, hoe hoger de patiënt de kwaliteit van de acute ervaart*', wordt gedeeltelijk ondersteund. De hypothese wordt gedeeltelijk ondersteund omdat alleen 'ervaren efficiëntie', als onderdeel van efficiënte acute zorglevering, significant positief samenhangt met 'ervaren kwaliteit van acute zorg'.

#### 4.3 Multiple regressieanalyse

Om antwoord te kunnen geven op de centrale vraagstelling van het huidige onderzoek is het van belang het totale onderzoeksmodel te toetsen. Het hele onderzoeksmodel wordt getoetst aan de hand van een multiple regressieanalyse. De multiple regressieanalyse is gebaseerd op een aantal assumpties. Voor het huidige onderzoek zijn alle assumpties getoetst. Drie assumpties worden licht geschonden (zie bijlage 8). Vanwege de schending van een drietal assumpties voor de multiple regressieanalyse wordt ervoor gekozen om alleen schalen met een voldoende hoog aantal observaties mee te nemen in de toetsing van het model.

Na het toetsen van het onderzoeksmodel zonder de schalen '**eigen inbreng**', '**communicatie rond medicatie**' en '**inhoud opname gesprek**', hebben de leeftijd van de patiënt ( $b = 0,02$ ,  $p = 0,02$ ), de '**communicatie met verpleegkundigen**' ( $b = 1,12$ ,  $p = 0,02$ ) en de ervaren efficiëntie ( $b = 0,23$ ,  $p = 0,03$ ) een significant verband met 'ervaren kwaliteit van acute zorg' (zie tabel 5). De leeftijd van de patiënt, de '**communicatie met verpleegkundigen**' en de door patiënten ervaren efficiëntie op de ADOA verklaren significant de 'ervaren kwaliteit van acute zorg'. '**Communicatie met verpleegkundigen**' verklaart de 'ervaren kwaliteit van acute zorg' het meest ( $Beta = 0,38$ ), gevolgd door de leeftijd van de patiënt ( $Beta = 0,28$ ) en de door patiënten 'ervaren efficiëntie' ( $Beta = 0,27$ ). De totale verklaarde variantie van het onderzoeksmodel zonder de schalen '**eigen inbreng**', '**communicatie rond medicatie**' en '**inhoud opname gesprek**' is hoog ( $R^2 = 0,48$ ). De door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg wordt voor 48 % verklaard door de leeftijd van de patiënt, de '**communicatie met verpleegkundigen**' en de door patiënten ervaren efficiëntie op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.

Hoogstwaarschijnlijk draagt 'wachtduur tot het zien van een professional' ook bij aan de hoge verklaarde variantie. De onafhankelijke variabele 'Wachtduur tot het zien van een



professional' heeft namelijk ook een relatief sterke coëfficiënt, hoewel deze net niet significant gerelateerd is aan 'ervaren kwaliteit van acute zorg' ( $Beta = 0,26, p = 0,06$ ).

Tabel 5. Multiple regressieanalyse van het hele onderzoeksmodel<sup>10</sup> ( $n = 54$ ), met als afhankelijke variabele 'ervaren kwaliteit van acute zorg'.

	Beta	Coef.	Std. Error.	Sign. (p)
Constante		1,27	1,43	0,38
<b>Controle variabelen</b>				
Geslacht (vrouw = 0)	-0,15	-0,40	0,28	0,16
Leeftijd (continu)	0,28*	0,02	0,01	0,02
Hoogst behaalde opleiding (continu)	-0,06	-0,05	0,08	0,57
<b>Onafhankelijke variabelen</b>				
<i>Ervaring ten aanzien van responsiviteit</i>				
Communicatie met artsen	0,15	0,38	0,47	0,43
Communicatie met verpleegkundigen	0,38*	1,12	0,48	0,02
<i>Ervaring ten aanzien van zekerheid</i>				
Uitleg bij behandeling	0,19	0,40	0,42	0,34
<i>Efficiënte acute zorglevering</i>				
Ervaren efficiëntie	0,27*	0,23	0,10	0,03
Wachtduur tot het zien van een professional	0,26	1,15	0,60	0,06
Verblijfsduur op de ADOA	-0,13	-6,62 <sup>E</sup> -005	0,00	0,27
R <sup>2</sup> adjusted		0,48		
F - change		6,48		

\*  $p < 0,05$

<sup>10</sup> Multiple regressieanalyse van het hele onderzoeksmodel ( $n = 54$ ), zonder de schalen 'eigen inbreng', 'communicatie rond medicatie' en 'inhoud opname gesprek'.

## **Hoofdstuk 5 - Conclusie en discussie**

In dit laatste hoofdstuk wordt de terugkoppeling gemaakt naar de in de inleiding gestelde centrale vraagstelling: *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA en welke factoren verklaren de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*. In paragraaf 5.1 worden de conclusies uiteengezet en wordt gekeken of de conclusies aansluiten bij de in hoofdstuk twee uiteengezette literatuur.

Paragraaf 5.2 gaat in op de sterke punten en de kanttekeningen van het huidige onderzoek. Daarnaast worden in paragraaf 5.2 aanbevelingen gedaan voor verder onderzoek en voor ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.

### **5.1 Conclusie**

Om antwoord te krijgen op de centrale vraagstelling van het huidige onderzoek is in de inleiding een tweetal deelvragen opgesteld. In paragraaf 5.1.1 worden per deelvraag de conclusies uiteengezet. Vervolgens wordt antwoord gegeven op de centrale vraagstelling van het huidige onderzoek, waarna in paragraaf 5.1.2 een terugkoppeling wordt gemaakt naar hoofdstuk 2 Theoretisch kader.

#### **5.1.1 Beantwoording centrale vraagstelling**

De eerste deelvraag luidde als volgt: *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*. Het antwoord op de eerste deelvraag is dat patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum met een 8,99, ofwel een 9,0 beoordelen. Geconcludeerd kan worden dat de ervaring van patiënten aangaande de kwaliteit van acute zorg op de ADOA zeer goed is.

De tweede deelvraag luidde als volgt: *‘Welke factoren verklaren de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA binnen ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*. Uit de resultaten van de bivariate correlaties kan worden geconcludeerd dat een betere ervaring ten aanzien van tastbaarheden, responsiviteit, zekerheid en efficiëntie samenhangt met een hoge ervaren kwaliteit van acute zorg. Bovendien blijkt uit de resultaten van de multiple regressieanalyse dat met name de communicatie met verpleegkundigen en ervaren efficiëntie een onafhankelijke rol spelen in de ervaren kwaliteit van acute zorg.

Terugkomend op de centrale vraagstelling worden er drie conclusies getrokken. Allereerst ervaren patiënten die zorg hebben ontvangen op de ADOA de acute zorg als zeer goed. Ten tweede is er een significant positief verband tussen de communicatie met verpleegkundigen en de ervaren kwaliteit van acute zorg. Ten derde is er een significant positief verband tussen de ervaren efficiënte acute zorglevering en de ervaren kwaliteit van acute zorg. Kortom niet de objectieve maatstaven als ligduur en wachtduur tot het zien van een professional, maar juist de subjectieve ervaring van de patiënt ten aanzien van efficiënte acute zorglevering blijkt een rol te spelen in de mate waarin patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA ervaren.

#### 5.1.2 Terugkoppeling naar het 'Theoretisch kader'

Na de beantwoording van de centrale vraagstelling wordt de terugkoppeling gemaakt naar hoofdstuk 2 Theoretisch kader. Binnen het huidige onderzoek wordt het Service Quality model, ontwikkeld door Parasuraman en collega's (1985; 1988), voor een belangrijk deel ondersteund. De kwaliteitsdimensies tastbaarheden, responsiviteit en zekerheid hangen samen met een hogere ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA. Over de kwaliteitsdimensie betrouwbaarheid kan in het huidige onderzoek geen uitspraak worden gedaan, omdat de schaal **'gevoel van veiligheid'** onder de kwaliteitsdimensie betrouwbaarheid onbetrouwbaar is gebleken. De kwaliteitsdimensie empathie wordt niet ondersteund, omdat de schaal **'inhoud opnamegesprek'** een te laag aantal observaties had.

De ondersteuning binnen het huidige onderzoek, voor de kwaliteitsdimensies van Parasuraman et al. (1985; 1988), is niet in lijn met de bevindingen van Onwezen (2011). Onwezen (2011) concludeerde dat de dimensies betrouwbaarheid en empathie van invloed zijn op de kwaliteit van zorg binnen de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Echter, de kwaliteitsdimensies tastbaarheden, responsiviteit en zekerheid bleken niet van invloed te zijn op de kwaliteit van zorg binnen de intramurale zorginstellingen van BrabantZorg (Onwezen, 2011). Mogelijke verklaring voor het feit dat communicatie met verpleegkundigen voor acute zorg belangrijker is dan voor intramurale zorg, is wellicht te vinden in het type zorg. Voor patiënten met een acute zorgvraag is er veel onzekerheid (Zorgvisie, geraadpleegd op 23 mei 2014). Een goede communicatie met verpleegkundigen kan onzekerheid wegnemen. Patiënten binnen intramurale zorginstellingen kennen minder onzekerheid, zij hebben zich kunnen voorbereiden op een opname en/of behandeling. Wellicht is voor

patiënten binnen intramurale zorginstellingen om die reden communicatie met verpleegkundigen minder van belang.

De ondersteuning binnen het huidige onderzoek voor de kwaliteitsdimensie zekerheid, is in lijn met de bevinding van Smeets (2008). Smeets (2008) concludeerde dat een tekort in kennis (onderdeel van de kwaliteitsdimensie zekerheid) van invloed is op de kwaliteit van zorg die wordt geleverd op AOA's. Tekort aan kennis bij verpleegkundigen kan er volgens Smeets (2008) toe leiden dat patiënten niet de zorg krijgen die nodig is.

De bevindingen van Smidts (1993), Alison (1999) en Van Kaam en collega's (2011) kunnen niet in relatie worden gebracht met het huidige onderzoek. Het is niet mogelijk een uitspraak te doen over een rangorde binnen de vijf kwaliteitsdimensies van Parasuraman et al. (1985; 1988). Daarnaast maakt het huidige onderzoek het niet mogelijk een uitspraak te doen over de kwaliteitsdimensie betrouwbaarheid. Met als gevolg dat er eveneens geen terugkoppeling mogelijk is naar het onderzoek van Van Kaam en collega's (2011).

Het theoretisch kader binnen het huidige onderzoek kent twee aan elkaar tegengestelde visies aangaande de efficiëntie acute zorglevering en de ervaren kwaliteit van acute zorg: de aan de visie van Weber afgeleide verwachting en de visie van Harteloh en Casparie. Binnen het huidige onderzoek wordt geen ondersteuning gevonden voor de aan de visie van Weber afgeleide verwachting, dat ervaren kwaliteit van acute zorg en efficiënte acute zorglevering niet samengaan. Daarmee wordt eveneens geen ondersteuning gevonden voor de bevindingen van Cockerham et al. (1993), Koppenjan (2012) en Thompson et al. (1995). Volgens Cockerham en collega's (1993) draait het binnen de gezondheidszorg steeds meer om efficiëntie dan om kwaliteit van zorg. Koppenjan (2012) stelt dat politici en bestuurders zich te veel laten leiden door efficiency, resultaatgericht werken, marktwerking en prestatiemeting waardoor de kwaliteit van publieke dienstverlening in het geding is gekomen. Thompson et al. (1995) concludeerden uit hun onderzoek dat werkelijke wachttijden de kwaliteit van zorg niet voorspelden.

Voor de tegengestelde visie van Harteloh en Casparie (1998) wordt gedeeltelijk ondersteuning gevonden. Hogere ervaren efficiëntie (onderdeel van efficiënte acute zorglevering) hangt samen met hogere ervaren kwaliteit van acute zorg. Echter, de wachtduur tot het zien van een professional en de verblijfsduur op de ADOA (onderdelen van efficiënte acute zorglevering) hangen niet samen met 'ervaren kwaliteit van acute zorg'.

Er wordt geen ondersteuning gevonden voor de bevindingen van Van Oostrum en collega's (2006), Decoussemaker (2001) en Dansky en Miles (1997). Van Oostrum en collega's (2006) toonden aan dat een reductie in wachttijden leidde tot hogere kwaliteit van zorg voor spoedpatiënten. Daarnaast toonde Decoussemaker (2011) aan dat langere wachttijden in het ziekenhuis, leidde tot lager gepercipieerde kwaliteit van zorg. Dansky en Miles (1997) concludeerden dat kortere wachttijden leidden tot hogere door patiënten ervaren kwaliteit van zorg. Het huidige onderzoek daarentegen laat geen samenhang zien tussen de wachtduur tot het zien van een professional en ervaren kwaliteit van acute zorg.

De bevindingen van Van Kaam et al. (2011), Smeets (2008) en Van Hal (2010) kunnen niet in relatie worden gebracht met de bevindingen binnen het huidige onderzoek. Van Kaam et al. (2011), Smeets (2008) en Van Hal (2010) toonden aan dat sneller consult samenhangt met een betere patiëntveiligheid, ofwel dat efficiënte acute zorglevering samenhangt met ervaren kwaliteit van acute zorg. In het huidige onderzoek is de duur van een eventueel consult niet opgenomen.

De bevinding van Van Kaam et al. (2011) kan eveneens niet worden vergeleken met de bevindingen binnen het huidige onderzoek. Van Kaam en collega's (2011) stellen dat slechte doorstroom van patiënten mogelijk tot gevolg heeft dat de kwaliteit van acute zorg afneemt, ofwel dat efficiënte acute zorglevering ten goede komt aan de ervaren kwaliteit van acute zorg. In het huidige onderzoek is de doorstroom van patiënten niet opgenomen.

## 5.2 Discussie

De discussie is opgedeeld in drie deelparagrafen. Paragraaf 5.2.1 gaat in op de sterke punten van het huidige onderzoek. Paragraaf 5.2.2 gaat in op de kanttekeningen van het huidige onderzoek. Paragraaf 5.2.3 gaat in op aanbevelingen voor verder onderzoek. De vierde deelparagraaf (paragraaf 5.2.4) gaat in op aanbevelingen voor ziekenhuis De Sionsberg.

### 5.2.1 Sterke punten van het huidige onderzoek

Het eerste sterke punt is dat het huidige onderzoek onderdeel is van een drietal, aan elkaar complementaire, evaluatieonderzoeken over de ADOA in Dokkum. Vanuit de projectgroep ADOA is de vraag gekomen de ADOA te evalueren. Naast kwalitatieve interviews met stakeholders over hun ervaringen en verwachtingen met de ADOA (Middendorp et al., 2014) en de kwalitatieve patiëntenraadpleging (Risseeuw & Galema, 2013) is het huidige onderzoek

als cross-sectionele kwantitatieve studie een sterke aanvulling. De drie evaluatieonderzoeken zijn gezamenlijk een voor de praktijk bruikbare evaluatie van de ADOA.

Het tweede sterke punt is dat er gebruik is gemaakt van een breed gedragen en erkend meetinstrument: de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. Het gebruik van een breed gedragen en erkend meetinstrument komt ten goede aan de bruikbaarheid van de conclusies. De indicatoren afkomstig uit de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname zijn indicatoren waarmee de praktijk, ofwel ziekenhuis De Sionsberg, concreet wat mee kan. Binnen het huidige onderzoek komt onder andere naar voren dat de communicatie met verpleegkundigen een significant positief verband heeft met de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg. Ziekenhuis De Sionsberg kan heel concreet inzetten op het verbeteren van de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten om de hoge ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA te waarborgen.

#### 5.2.2 Kanttekeningen van het huidige onderzoek

Bij het interpreteren van de resultaten moeten enkele kanttekeningen in ogenschouw worden genomen. Een kanttekening is dat van de non-responsegroep persoonsgegevens ontbreken. Met als mogelijk gevolg dat de onderzoeksgroep niet representatief is voor de onderzoekspopulatie. Het ontbreken van persoonsgegevens van de non-response groep maakt het onmogelijk uitspraken te doen over mogelijke selectie-effecten. Op twee niveaus kan er sprake zijn van selectie-effecten. Het eerste niveau betreft het moment waarop verpleegkundigen een patiënt wel of niet de vragenlijst aanbieden. Een verpleegkundige kan bijvoorbeeld een vervelende ervaring hebben met een patiënt en daarom besluiten de patiënt geen vragenlijst mee te geven. Het tweede niveau betreft het moment waarop de patiënt besluit de vragenlijst wel of niet in te vullen. Wellicht vult een patiënt die een goede ervaring heeft met de ADOA de vragenlijst wel in en een patiënt die een vervelende ervaring heeft niet.

Ondanks dat het gebruik van een breed gedragen en erkend meetinstrument een sterk punt is van het huidige onderzoek, kan er ook een kanttekening geplaatst worden bij het gebruik van de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname. Deze kanttekening houdt in dat het meetinstrument achteraf gezien niet helemaal aansloot bij het in het huidige onderzoek gebruikte onderzoeksmodel en niet geheel bruikbaar was voor het onderzoeken van acute zorg. De schalen '**eigen inbreng**', '**communicatie rond medicatie**' en

**‘inhoudopnamegesprek’** afkomstig uit verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname bleken achteraf niet van toepassing op acute zorg. Met als gevolg dat veel respondenten deze schalen niet hebben ingevuld en bij de toetsing van het hele onderzoeksmodel het aantal observaties ( $n = 17$ ) laag is, met als uiteindelijk gevolg een lage power voor de multiple regressieanalyse.

Een derde kanttekening is dat gedurende de dataverzameling de context waarbinnen het huidige onderzoek zich afspeelde is veranderd. Daardoor duurde de dataverzameling langer dan vooraf gepland. Gedurende de dataverzameling was er sprake van twee ontwikkelingen binnen ziekenhuis De Sionsberg: de realisering van nieuwbouw en een reorganisatie waarbij een derde van het personeelsbestand boventallig werd bevonden. De realisering van de nieuwbouw vond plaats gedurende de maanden oktober, november en december van 2013. Op 16 januari 2014 is de nieuwbouw in gebruik genomen. Waar voorheen de ADOA nog uit fysiek verschillende afdelingen bestond, bestaat de ADOA vanaf 16 januari 2014 uit één fysieke afdeling, gepositioneerd in de nieuwbouw. Gedurende de reorganisatie, die plaats vond in de maanden september, oktober, november en december van 2013, is een derde van het personeelsbestand van de loonlijst en de werkvloer verdwenen. In het huidige onderzoek kan niet worden uitgesloten dat de verbouwing en de reorganisatie zijn weerslag heeft gehad op de resultaten van het huidige onderzoek. Na nadere analyse van de afhankelijke variabele, blijkt er evenwel geen significant verschil te zijn in de ervaren kwaliteit van acute zorg voor de periode voor de realisering van de nieuwbouw en voor de periode na de realisering van de nieuwbouw.

Een vierde kanttekening is dat  $n = 21$  respondenten hulp hebben gehad bij het invullen van de vragenlijst. Er wordt vanuit gegaan dat proxies de vragenlijsten betrouwbaar hebben ingevuld. Echter, garantie is er niet. Na nadere analyse van de afhankelijke variabele blijkt er evenwel geen significant verschil te zijn in de ervaren kwaliteit van acute zorg voor patiënten die geen hulp hebben gehad bij het invullen van de vragenlijst en patiënten die wel hulp hebben gehad bij het invullen van de vragenlijst.

### 5.2.3 Aanbevelingen voor verder onderzoek

Allereerst wordt aanbevolen een meetinstrument te ontwikkelen voor het meten van ervaren kwaliteit van acute zorg. Binnen het huidige onderzoek blijkt dat de verkorte versie van de CQ-index Ziekenhuisopname niet geheel aansluit bij acute zorg die wordt geleverd op de

ADOA van ziekenhuis De Sionsberg. De items onder de schalen **‘eigen inbreng’**, **‘communicatie rond medicatie’** en **‘inhoud opnamegesprek’** zijn door veel respondenten niet ingevuld of als ‘niet van toepassing’ gescoord. Daarnaast is de schaal **‘gevoel van veiligheid’** onbetrouwbaar gebleken.

Ten tweede wordt aanbevolen te onderzoeken of ervaren kwaliteit van acute zorg in het vervolg gemeten kan worden aan de hand van een andere onderzoeksmethode. Wellicht is het een mogelijkheid ervaren kwaliteit van acute zorg en daarbij de relatie tussen ervaren kwaliteit van acute zorg en efficiënte acute zorglevering te meten aan de hand van kwalitatief onderzoek. Wanneer het perspectief van de patiënt centraal staat bij het inrichten en verbeteren van de kwaliteit van acute zorg is het belangrijk in kaart te brengen wat voor patiënten belangrijk is aangaande de kwaliteit van acute zorg (Visser & Van der Mei, 2014). Waar moet volgens patiënten hoogstaande acute zorg aan voldoen? Het in kaart brengen van wat voor patiënten belangrijk is aangaande de kwaliteit van acute zorg kan aan de hand van diepte-interviews. Door patiënten hun eigen verhaal te laten vertellen, worden aandachtsgebieden benoemd die de essentie van kwaliteit van acute zorg raken. Aan de hand van diepte-interviews kan eveneens achterhaald worden of er een relatie is tussen kwaliteit van acute zorg en efficiënte acute zorglevering (Visser & Van der Mei, 2014).

#### 5.2.4 Aanbevelingen voor ziekenhuis De Sionsberg

Het huidige onderzoek toont aan dat patiënten die op de ADOA verblijven de kwaliteit van zorg, met het cijfer 9,0, als zeer goed ervaren. Om deze hoge waardering voor de ervaren kwaliteit van acute zorg te waarborgen wordt allereerst aanbevolen aandacht te besteden aan de communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten die op de ADOA verblijven. In het huidige onderzoek wordt geconcludeerd dat een goede communicatie tussen verpleegkundigen en patiënten die op de ADOA verblijven significant bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van acute zorg. Deze conclusie is in lijn met de bevinding van kwalitatieve patiëntenraadpleging uitgevoerd door Zorgbelang Fryslân. Zorgbelang Fryslân concludeert dat communicatie tussen verpleegkundigen en/of artsen en de patiënt van belang is bij de door patiënten ervaren kwaliteit van acute zorg (Risseeuw & Galema, 2013).

Daarnaast wordt aanbevolen aandacht te besteden aan de door patiënten ervaren efficiëntie van acute zorglevering. Het huidige onderzoek toont aan dat juist de door patiënten ervaren (subjectieve) efficiëntie van acute zorglevering bijdraagt aan de ervaren kwaliteit van



acute zorg en veel minder objectieve indicatoren, als wachtduur tot het zien van een professional en ligduur.

## **Literatuur**

- Aakster, C.W., & Groothoff, J.W. (2003). *Medische Sociologie*. Groningen/Houten: Wolters Noordhoff.
- Agresti, A., & Finlay, B. (2009). *Statistical Methods for the Social Sciences*. New Jersey: Pearson Education International.
- Alison, D.M. (1999). The Applicability of SERVQUAL in Different Health Care Environments. *Health Marketing Quarterly*. 16 (3), 1-21.
- Baarda, D.B., de Goede, M.P.M., & Kalmijn, M. (2007). *Basisboek Enquêteren. Handleiding voor het maken van een vragenlijst en het voorbereiden en afnemen van enquêtes*. Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.
- Bering, R. (2005). Het INK-managementmodel en Six Sigma. In Vogels, A. (Eds.), *Zorg voor de kwaliteit van de zorg* (pp. 33-63). Leuven: Leuven University Press.
- Berting, J. (2006). *De versplinterde samenleving*. Delft: Uitgeverij Eburon.
- Buttle, F. (1995). SERVQUAL: review, critique, research agenda. *European Journal of Marketing*, 30 (1), 8-32.
- Byrne, D., & Silke, B. (2011). Acute medical units: Review of evidence. *European Journal of Internal Medicine*, 22, 344-347.
- Cockerham, W.C., Abel, T., & Luschen, G. (1993). Max Weber, Formal Rationality, and Health Lifestyles. *The Sociological Quarterly*, 34 (3), 413-428.
- Commissie Ethiek afdeling PEDOK (2012). Ethiek reglement. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen. Te vinden via:  
[http://www.rug.nl/pedok/onderzoek/Ethische Commissie/documenten/Ethiekreglement Pedok april 2012.docx](http://www.rug.nl/pedok/onderzoek/Ethische_Commissie/documenten/Ethiekreglement_Pedok_april_2012.docx)

- Cooke, M.W., Higgins, J., & Kidd, P. (2003). Use of emergency observation and assessment wards: a systematic literature review. *Emerge Medical Journal*, 20, 138 -142.
- Crommentuyn. R., (2010). Acute opnameafdeling beïnvloedt sterftecijfer. *Medisch Contact*, mei, 810.
- Cronin, J., & Taylor, S. (1992). Measuring Service Quality: A reexamination and extension. *Journal of Marketing*, 55-68.
- Damen, J., Van Leeuwen, H.J., Van Zanten, A.R.H., & Bakker, J. (2002). Verbeteren klinische richtlijnen de kwaliteit van zorg op de intensive care? *Nederlandse Vereniging voor Intensive Care*. 6(3). 30-35.
- Dassen, P.G.C. (1999). De onttovering van de wereld. Max Weber en het probleem van de moderniteit in Duitsland, 1890-1920. Amsterdam: University of Amsterdam.
- Decoussemaker, M., (2001). Relatie tussen wachttijd en kwaliteit in de ziekenhuissector. Gent: Universiteit Gent.
- De Vries, R.M., & Huisman, M. (2007). Regressieanalyse: Assumpties. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- De Vocht, A. (2012). Basishandboek SPSS 20. IBM SPSS statistics. Utrecht: Bijleveld Press.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Londen: SAGE publications.
- Germov, J. (2005). Managerialism in the Australian public health sector: towards the hyper-rationalisation of professional bureaucracies. *Sociology of Health & Illness*, 27(6), 738-758.
- Gravetter, F.J., & Wallnau, L.B. (2009). *Statistics for the Behavioral Sciences*. Delmont: Wadsworth Cengage Learning.

Groenewegen, P.P, Hansen, J., & ter Bekke, S. (2007). Professies en de toekomst: veranderende verhoudingen in de gezondheidszorg. Utrecht: Nivel.

Grol, R.P.T.M. (1999). Effectieve en doelmatige zorg. Feit of Fantasie? Nijmegen: Radboud University Nijmegen.

Harteloh, P.P.M., & Casparie, A.F. (1998). *Kwaliteit van zorg. Van een zorginhoudelijke benadering naar een bedrijfskundige aanpak*. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg.

Hoeksema, J., & Verduijn, M. (2012). Meer-waarde. Visie op kwaliteit van zorg 2012-2017. Utrecht: De Nederlandse Federatie van Universitair Medische Centra (NFU).

<http://www.skipt.nl/actueel/id12908-sionsberg-start-acute-diagnose-en-opname-afdeling-.html>, geraadpleegd op 22 mei 2013.

<http://www.desionsberg.nl/1711/neurologie-verpleegafdeling-c0>, geraadpleegd op 9 december 2013.

<http://www.desionsberg.nl/1709/acute-diagnose-en-opname>, geraadpleegd op 9 december 2013.

<http://www.desionsberg.nl/1709/acute-diagnose-en-opname>, geraadpleegd op 12 februari 2014.

<https://www.dwangindezorg.nl/rechten/patientenrecht/informatieverstrekking/inzage-in-medisch-dossier>, geraadpleegd op 17 februari 2014.

<http://www.igz.nl/actueel/nieuws/ziekenhuisdesionsbergindokkumonderverscherpttoezicht.aspx>, geraadpleegd op 9 december 2013.

<http://www.intramuralezorg.com>, geraadpleegd op 9 december 2013.

[http://www.ru.nl/socialewetenschappen/rto/nieuws/nieuwsbrieven/nr\\_23/](http://www.ru.nl/socialewetenschappen/rto/nieuws/nieuwsbrieven/nr_23/), geraadpleegd op 9 januari 2014.

<http://www.nivel.nl/nivel-en-de-cq-index>, geraadpleegd op 16 juli 2013.

<https://www.nivel.nl/patient-reported-outcome-measures>, geraadpleegd op 2 mei 2014.

<http://www.vitalhealthsoftware.nl/oplossingen/vitalhealth-questmanager/patient-reported-outcome-measures-proms>, geraadpleegd op 2 mei 2014.

<http://www.zorgvisie.nl/Kwaliteit/Nieuws/2012/3/Patientgerichtheid-ook-belangrijk-bij-acute-zorg-ZVS013637W/>, geraadpleegd op 23 mei 2014.

Huijsman, R. (2013). Focussen op uitkomstindicatoren. *Meten, weten en gezamenlijk verbeteren. Programma kwaliteit van zorg*. 5, 5. Amsterdam: Achmea.

Juran, J.M. (1974). *Quality Control Handbook*. New York: McGraw Hill.

Kalberg, S. (1980). Max Weber's Types of Rationality: Cornerstones for the Analysis of Rationalization Processes in History. *American Journal of Sociology*, 85(5). Chicago: The University of Chicago Press. 1145-1179.

Kalberg, S. (1990). The Rationalization of Action in Max Weber's Sociology of Religion. *Sociological Theory*, 8(1). Harvard: Center for European Studies, Harvard University. 58 -84).

Klazinga, N.S., & Casparie, A.F. (1993). Ontwikkeling van kwaliteitssystemen bij beroepsoefenaren. *Gezondheid*, 2, 211–222.

Koopman, L., Sixma, H., Hendriks, M., de Boer, D., & Delnoij, D. (2011). *Handboek CQI Ontwikkeling. Richtlijnen en voorschriften voor de ontwikkeling van een CQI meetinstrument*. Utrecht: Nivel.

Koppenjan, J. (2012). *Het verknipte bestuur. Over efficiency, samenhang en toewijding bij publieke dienstverlening*. Den Haag: Eleven international publishing.

Kroon, K. (2013). Werken in netwerketens: de winst voor de patiënt. *Metten, weten en gezamenlijk verbeteren. Programma kwaliteit van zorg*. 5(5). Amsterdam: Achmea.

Leenders, R. (2001). Het Servqual model. Sigma. Afkomstig van:  
[http://www.zorgmarkt.net/files/downloads/KIP\\_F2.pdf](http://www.zorgmarkt.net/files/downloads/KIP_F2.pdf).

Levine, D. (1981) Rationality and freedom: Weber and beyond, *Sociological Inquiry*, 51, 5–25.

Middendorp, I., Zagt, A.C., & Tuinstra, J. (2014). Onderzoeksverslag van kwalitatieve interviews met stakeholders van de Acute Diagnose en Opname Afdeling van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum. Groningen: Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid binnen het Universitair Medisch Centrum Groningen.

Raas. G.P.M. (2008). *Acute Zorg*. Den Haag: Raad voor de Gezondheid en Zorg (RVZ).

Regeerakkoord VVD – PvdA. (2012). *Bruggen slaan*. Den Haag.

Risseeuw, A., & Galema, A. (2013). *Rapportage Onderzoek ADOA*. Leeuwarden: Zorgbelang Fryslân.

Ritzer, G., & Walczak, D. (1988). Rationalization and the Deprofessionalization of Physicians. *Social Forces*, 76(1), 1-22.

Rooney, T., Moloney, E.D., Bennet, K., O’Riordan, D., & Silke, B. (2008). Impact of an acute medical admission unit on hospital mortality: a 5-year prospective study. *QJ Med*, 101, 457-465.

Moloney, E.D., Smith, D., Bennett, K., O'Riordan, D., & Silke, B. (2005). Impact of an acute medical admission unit on length of hospital stay, and emergency department 'wait times'. *QJ Med.* 98. 283 – 289.

Nederlandse Patiënten Consumenten Federatie (NPCF). (2006). Acute Zorg. Uitgangspunten en kwaliteitscriteria vanuit patiëntenperspectief. Utrecht: NPCF.

Nijhuis, H. (2004). Grote stad, gezondheid en zorg. Amsterdam: Amsterdam University Press.

Nivel. (2011). Procedure Analyses. In *Handboek Eisen en Werkwijzen CQI metingen*. Utrecht: Nivel.

Nivel. (2012). Werkinstructies voor de CQI Ziekenhuisopname (verkort). Utrecht: Nivel.

Oh, H. (1999). Service Quality, customer satisfaction and customer value: a holistic perspective. *Hospitality Management*, 67-82.

Olaroiu, M., & Van den Heuvel, W.J.A. (2011). Indicatoren voor kwaliteit van zorg. Wie worden er wijzer van, de patiënten of de managers? *Tijdschrift voor Gerontologie en Geriatrie*. 2(5). 60-64.

Onwezen, M. (2011). Aandacht voor individuen. Een onderzoek naar de kwaliteit van zorg binnen intramurale zorginstellingen van BrabantZorg. Utrecht: Universiteit Utrecht.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L. L. (1985). A Conceptual Model of Service Quality and Its Implications for Future Research. *Journal of Marketing*, 49(4). 41-50.

Parasuraman, A., Zeithaml, V.A., & Berry, L.L. (1988). SERVQUAL: A Multiple-Item Scale for Measuring Consumer Perceptions of Service Quality. *Journal of Retailing*. 61(1). 12-40.

Pot, K. (2007). Gebiedskader Noordoost Fryslân 2007 – 2013. Mensen, middelen en mogelijkheden bij elkaar brengen. Anjum: Gebiedsplatform Noordoost.

Procesbeschrijving Acute Diagnose Opname Afdeling (ADOA). Verstrekt op 17 juni 2013.

Dokkum: De Sionsberg.

Rooney, T., Moloney, E.D., Bennet, K., O’Riordan, D., & Silke, B. (2008). Impact of an acute medical admission unit on hospital mortality: a 5-year prospective study. *QJ Med*, 101, 457-465.

Schepers, R.M.J., & Klazinga, N.S. (2003). Kwaliteit van de zorgverlening. In Aakster, C.W. & Groothoff, J.W. (Eds.), *Medische Sociologie* (pp.111-117). Groningen/Houten: Wolters-Noordhoff.

Schippers, E.I. (2012). Bereikbaarheid van acute zorg in Noordoost Friesland. Den Haag: Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport.

Scott, I., Vaughan, L., & Bell, D. (2009). Effectiveness of acute medical units in hospitals: a systematic review. *International Journal for Quality in Health Care*, 21(6). 397–407.

Sixma, H., Spreeuwenberg, P., Zuidgeest, M., & Rademakers, J. (2009). CQ-index Ziekenhuisopname: meetinstrumentontwikkeling. Kwaliteit van de zorg tijdens ziekenhuisopnames vanuit het perspectief van patiënten. De ontwikkeling van het instrument, de psychometrische eigenschappen en het discriminerend vermogen. Utrecht: Nivel.

Smeets. M.M.J. (2008). Alle spoedjes verzamelen. *Medisch Contact*, februari 2008, 272 – 275.

Smidts, A. (1993). Jaarboek van de Nederlandse Vereniging van Marktonderzoekers. 8, 165-185.

Stuiveling, S.J., & van Schoten, E.M.A. (2013). Indicatoren voor kwaliteit in de zorg. Den Haag: Algemene Rekenkamer.



- Swedberg, R. (1998). Max Weber's Manifesto in Economic Sociology. Stockholm: Stockholms University.
- Teas, R.K. (1993b). Consumer expectations and the measurement of perceived service quality. *Journal of Professional Services Marketing*, 33-53.
- Tromp, G.H.M. (2001). POLITIEK DOOR DE STATEN: doel- of waarderationeel handelen in het besloten overleg over de Wadden en het openbaar beraad over de ecologische hoofdstructuur. Groningen: Rijksuniversiteit Groningen.
- Thompson D.A., Yarnold, P.R., Williams, D.R., & Adams, S.Ls., (1995). Information Delivery, and Expressive Quality on Patient Satisfaction in the Emergency Department. *Elsevier*. 26(6). 657 – 665.
- Ultee, W.C., Arts, W.A., & Flap, H.D. (2003). *Sociologie. Vragen, Uitspraken, Bevindingen*. Groningen: Martinus Nijhoff.
- Van Audenhove, C. (2012). De visie op herstel: een nieuw perspectief in de zorg? Leuven: KU Leuven.
- Van der Meulen, A.P., Oosterhuis, W., Wiffers, J., Kamstra, F., Sijstma, J., & Hoekstra, S. (2011). Agenda Netwerk Noordoost 2011-2030. Mei-inoar wurkje oan 'e takomst fan Noardeast Fryslân! Burgum: Netwerk Noordoost.
- Van Hal, M.J.E.G. (2010). Acute Opname Afdeling. Meer waarde voor het IJssellandziekenhuis? Rotterdam: Erasmus Universiteit.
- Van Kaam, H., Hendrikx, W., & Landman, J. (2011). *De Acute Opname Afdeling. Het WAT, WAAROM, en HOE*. Bilthoven: Vreelandgroep Organisatieadviseurs.
- Van Oostrum, J., van der Lans, M., van Houdenhoven, M., Hans, E., Hurink, J., Wullink, G., & Kazemier, G. (2006). Wachtijdverkorting voor spoedpatiënten door het schuiven met de planning van electieve operaties. In van Houdenhoven, M., van Hoorn, A.F.,

- Kalkman, C.J., & Kazemier, G. *Benchmarking OK – leren van elkaar*. (pp.147 – 154). Houten: Springer Verlag.
- Vergezellenberg, L. N. J. (1980). Kwaliteit en doelmatigheid in de gezondheidszorg: een bedrijfskundige beschouwing. *Het ziekenhuisnummer*. 6. 168 -170.
- Verkleij, H., & Janssens, M. (2009). Versterking impact zorgonderzoek. *TGS*. 86(8). 331.
- Visser, A., & Van der Mei, S. (2014). De droompoli . Van droom naar werkelijk. Het co creëren van een innovatieve en ideale polikliniek voor patiënten met chronische nierschade. Conceptversie onderzoeksrapport. Groningen: Toegepast Gezondheids Onderzoek en Universitair Medisch Centrum Groningen.
- Wiegers, T.A., & Bekkema, N. (2011). Cliëntervarings Indicatoren en Etalageplus-informatie voor de Eerstelijns Verloskunde Meetinstrumentontwikkeling en praktijktest. Utrecht: Nivel.
- Wilson, R.McL., Runciman, W.B., Gibberd, R.W., Harrison, B.T., Newby, L., & Hamilton, J.D. (1995). The quality of Australian Health Care Study. *The medical journal of Australia*. 163. 458-471.
- Wouters, M.G.A.J. (2011). De Koepel Kwaliteit op reis: verslag van werkbezoek en congres. *Nederlands tijdschrift voor Obstetrie & Gynaecologie*. 124. 132-133.
- Zorgbelang Fryslân (2013). Rapportage Onderzoek ADOA. Leeuwarden: Zorgbelang Fryslân.
- Zuiderent-Jarek, T., Kool, T., & Rademakers, J. (2012). De relatie tussen volume en kwaliteit van zorg: tijd voor een brede benadering. Leiden: Consortium Onderzoek Kwaliteit van Zorg.

### **Bijlage 1. Ontwikkeling kwaliteitsdimensies**

Parasuraman, Zeithaml en Berry (1985) onderscheidden vier diensten: diensten binnen het bankwezen, diensten met betrekking op effectbemiddeling, diensten met betrekking op reparatie van producten en diensten met betrekking op onderhoudswerkzaamheden. De auteurs hebben per dienst drie focusgroepen gehouden over de ervaren kwaliteit van de betreffende dienst. De focusgroepen bestonden uit recente gebruikers van de betreffende dienst. Daarbij waren de focusgroepen homogeen samengesteld naar geslacht en leeftijd. Zes van de in totaal twaalf gehouden focusgroepen bestonden uit alleen mannen en zes van de in totaal twaalf gehouden focusgroepen bestonden alleen uit vrouwen (Parasuraman et al., 1985).

De recente gebruikers van de diensten gebruikten ongeacht de dienst vrijwel gelijke determinanten bij het evalueren van de kwaliteit van de betreffende dienst. Uiteindelijk kwamen uit de focusgroepen in totaal tien determinanten naar voren waarmee kwaliteit van een dienst te evalueren is. De tien determinanten waren: betrouwbaarheid, responsiviteit, deskundigheid, toegankelijkheid, hoffelijkheid, geloofwaardigheid, veiligheid, begrijpen wat de patiënt wil, tastbaarheden en communicatie (Parasuraman et al., 1985).

In later onderzoek bleek uit factoranalyses dat de tien determinanten veelal overlappen (Parasuraman, Zeithaml en Berry, 1988). Parasuraman et al. (1988) hebben de tien determinanten gereduceerd tot vijf dimensies om kwaliteit van een dienst te meten. Om de tien determinanten te kunnen meten zijn 97 items opgesteld. De 97 items waren allemaal opgesplitst in twee statements. Een statement om de ervaring met diensten in het algemeen te meten en een statement om de ervaring met een betreffende dienst te meten (Parasuraman et al., 1988).

Vervolgens werden vijf categorieën diensten onderscheiden: diensten met betrekking op reparatie van producten, diensten met betrekking op onderhoudswerkzaamheden, diensten binnen het bankwezen, diensten met betrekking op effectbemiddeling en diensten die betrekking hebben op telefonie. Per dienst hebben 40 mensen van 25 jaar en ouder die recent gebruik hadden gemaakt van de betreffende dienst, de vragenlijst over de kwaliteit van de betreffende dienst ingevuld.

Nadat alle vragenlijsten waren ingevuld, is per item een alfacoëfficiënt berekend. De alfacoëfficiënten varieerden tussen 0,55 en 0,78. Aan de hand van lage alfacoëfficiënten en correlaties tussen items zijn verschillende items geschrapt. Uiteindelijk bleven er 54 items over met alfacoëfficiënten die varieerden tussen de 0,72 en 0,83. Vervolgens zijn de 54 items gezuiverd door het uitvoeren van factoranalyses. Uit de factoranalyses kwam naar voren dat

sommige items nog overlappen. Na het onderzoek van Parasuraman et al. (1988) zijn de tien determinanten uiteindelijk gereduceerd tot vijf dimensies waarmee kwaliteit van een dienst volgens hen te meten is.

**Bijlage 2. Vragenlijst**

**‘Ervaringen van patiënten met acute zorg: de Acute  
Diagnose en Opname Afdeling van De Sionsberg’**



**umcg**



**rijksuniversiteit  
groningen**

**pasana**  
*De Sionsberg*

Met deze vragenlijst willen we een zo compleet mogelijk beeld krijgen van de ervaringen die patiënten hebben wanneer ze acute zorg hebben ontvangen in De Sionsberg.

De vragen gaan over de (meest recente) opname of het (meest recente) bezoek op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum. Betrek bij uw antwoorden geen andere opname(n) of bezoek(en) in dit ziekenhuis of opnamen in een ander ziekenhuis. Als u bij de meest recente opname op meer dan één afdelingen heeft gelegen, beantwoordt dan de vragen voor de ADOA.

Bij het invullen zijn de volgende punten belangrijk:

- Wanneer de persoon die op de ADOA zorg ontvangen heeft jonger is dan 18 jaar, mag een ouder/verzorger de vragenlijst invullen. U kunt dat aangeven in de vragenlijst.
- Heeft u moeite met het invullen van de vragenlijst of heeft u hulp nodig, dan kunt u dat vragen aan familie of aan een naaste.
- Soms is een vraag niet op u van toepassing. U heeft bijvoorbeeld een onderdeel van de zorg niet meegemaakt. Beantwoord deze vraag dan met 'niet van toepassing', 'weet ik niet', of de bij deze vraag behorende extra antwoordmogelijkheid.
- Soms wordt u gevraagd om enkele vragen in deze vragenlijst over te slaan. In dat geval ziet u een pijltje met een opmerking die u vertelt welke vraag u daarna moet beantwoorden:  
☒ *Ja → ga door naar vraag ...*  
☐ *Nee*
- Heeft u een antwoord ingevuld, maar wilt u dat nog veranderen, zet het ingevulde hokje dan tussen haakjes en kruis een ander antwoord aan, op de volgende manier:  
☒ *Ja → ga door naar vraag ...*  
☒ *Nee*

1. Hebt u zelf zorg ontvangen op de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van De Sionsberg?

- ☐ Ja
- ☐ Nee a. Wat is uw relatie tot de patiënt? .....
- b. Wat is uw leeftijd? .....jaar
- c. Wat is uw geslacht? ☐ Man
- ☐ Vrouw

## ***Binnenkomst en vertrek van de ADOA***

*Let op! De onderstaande vragen hebben betrekking op de persoon die zorg ontvangen heeft op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.*

2. Wanneer bent u op de ADOA van De Sionsberg binnengekomen?  
U mag een schatting maken indien u het niet precies meer weet.  
Datum: ..... - ..... - ..... (bijvoorbeeld 23 – 11 – 2013)  
Tijdstip: ..... uur (bijvoorbeeld 14.30 uur)
3. Hoe bent u binnengekomen op de ADOA van De Sionsberg?  
☐ Op eigen gelegenheid  
☐ Via de huisarts  
☐ Via de dokterswacht  
☐ Met de ambulance  
☐ Via een ander ziekenhuis  
☐ Anders, namelijk .....
4. Hoeveel minuten moest u bij binnenkomst op de ADOA van De Sionsberg ongeveer wachten op een specialist, arts of specialistisch verpleegkundige?  
☐ 0 tot 16 minuten  
☐ Langer dan 15 minuten  
☐ Weet ik niet meer

Aan het begin van uw opname of bezoek in ziekenhuis De Sionsberg (en soms kort daarvoor) vindt meestal een gesprek plaats met een verpleegkundige over organisatorische zaken. Dit is een opnamegesprek.

5. Zijn in dit opnamegesprek onderstaande punten met u besproken of aan de orde geweest?

	<i>nee</i>	<i>ja</i>	<i>weet ik niet meer</i>
a uw rechten als patiënt (klachtprocedure, enzovoorts)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b wat er gaat gebeuren bij de opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c een kaart of film over patiëntveiligheid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d de persoon in het ziekenhuis bij wie u terecht kunt met vragen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e de medicijnen die u gebruikt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f of u wel of niet gereanimeerd wilt worden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g eventuele dieet- en voedingsvoorschriften	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h eventuele overgevoeligheid voor stoffen/medicijnen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i uw voorlopige ontslagdatum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j uw persoonlijke wensen tijdens de opname	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Wanneer hebt u de ADOA van De Sionsberg verlaten?  
U mag een schatting maken indien u het niet precies meer weet.  
Datum: ..... - ..... - ..... (bijvoorbeeld 24 – 11 – 2013)

Tijdstip: ..... uur (bijvoorbeeld 14.30 uur)

7. Waar ging u na vertrek van de ADOA van De Sionsberg naar toe?

- ☐ Naar huis
- ☐ Naar een ander ziekenhuis → **ga door naar vraag 9**
- ☐ Naar een andere afdeling → **ga door naar vraag 9**
- ☐ Naar een verzorgingshuis → **ga door naar vraag 9**
- ☐ Naar een verpleeghuis → **ga door naar vraag 9**
- ☐ Naar een revalidatiecentrum → **ga door naar vraag 9**
- ☐ Anders, namelijk → **ga door naar vraag 9**

.....

.....

8. Was u er aan toe om naar huis te gaan?

- ☐ Ja
- ☐ Nee, omdat

.....

.....

.....

### *Zorg door verpleegkundigen*

9. Luisterden de verpleegkundigen aandachtig naar u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

10. Hadden de verpleegkundigen genoeg tijd voor u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

11. Legden de verpleegkundigen u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

### *Zorg door artsen*

12. Hadden de artsen genoeg tijd voor u?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal



☐ Altijd

13. Legden de artsen u dingen op een begrijpelijke manier uit?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

### *Uw verblijf op de ADOA van De SIONSBERG*

14. Had u genoeg privacy bij uw persoonlijke verzorging?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

15. Kon u bezoek ontvangen op de tijdstippen dat u dat wilde?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

16. Kon u zich ongestoord even terugtrekken wanneer u dat wilde?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

17. Kon u eten op de tijdstippen dat u dat wilde?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

### *Communicatie rondom de behandeling*

18. Vertelden artsen of verpleegkundigen u vooraf waarom een behandeling, onderzoek of ingreep nodig was?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

19. Vertelden artsen of verpleegkundigen u vooraf wat een behandeling, onderzoek of ingreep precies inhield?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

20. Vertelden artsen of verpleegkundigen u op een begrijpelijke manier over de eventuele bijwerkingen of gevolgen van de behandeling, onderzoek of ingreep?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

21. Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werd toen verteld waarvoor het nieuwe geneesmiddel diende?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd
- ☐ Niet van toepassing, ik gebruik geen geneesmiddelen → **ga door naar vraag 23**

22. Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werden toen de mogelijke bijwerkingen op een begrijpelijke manier uitgelegd?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

23. Kon u bij uw opname of bezoek op de ADOA van De Sionsberg meebeslissen over zaken die u belangrijk vindt?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

### *De veiligheid op de ADOA van De SIONSBERG*

24. Werd, bij het verstrekken van medicijnen, nagegaan of dit medicijn ook echt voor u bestemd was, bijvoorbeeld door te vragen naar uw naam of het controleren van uw polsbandje?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

- ☐ Weet ik niet (meer)
- ☐ Niet van toepassing, ik gebruikte geen medicijnen

25. Werd, voordat een behandeling, onderzoek of ingreep begon, gecontroleerd of u de juiste persoon was, bijvoorbeeld door te vragen naar uw naam en geboortedatum?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd
- ☐ Weet ik niet (meer)

26. Hadden medewerkers op de ADOA van De Sionsberg genoeg aandacht voor onveilige situaties?

- ☐ Nooit
- ☐ Soms
- ☐ Meestal
- ☐ Altijd

### *Algemeen oordeel over uw verblijf op de ADOA van De SIONSBERG*

27. Welk cijfer geeft u de wachttijden op de ADOA van De Sionsberg?

- ☐ 0 De wachttijden waren heel erg lang
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 De wachttijden waren heel erg kort

28. Welk cijfer geeft u de kwaliteit van zorg die is geleverd op de ADOA van De Sionsberg?

- ☐ 0 Heel erg slechte kwaliteit van zorg
- ☐ 1
- ☐ 2
- ☐ 3
- ☐ 4
- ☐ 5
- ☐ 6
- ☐ 7
- ☐ 8
- ☐ 9
- ☐ 10 Uitstekende kwaliteit van zorg

29. Voldeed uw opname of bezoek op/aan de ADOA van De Sionsberg aan uw verwachtingen?

- ☐ Ja  
☐ Nee, ik had geen verwachtingen van mijn verblijf op de ADOA van De Sionsberg  
☐ ..... Nee, omdat

.....  
.....

### **Over uzelf <sup>11</sup>**

30. Bent u een man of een vrouw?

- ☐ Man  
☐ Vrouw

31. Wat is uw leeftijd?

..... jaar

32. Wat is uw hoogst voltooide opleiding? (Een opleiding afgerond met diploma of voldoende getuigschrift)

- ☐ Geen opleiding (lager onderwijs niet afgemaakt)  
☐ Lager onderwijs (basisschool, speciaal basisonderwijs)  
☐ Lager of voorbereidend beroepsonderwijs (zoals LTS, LEAO, LHNO, VMBO)  
☐ Middelbaar algemeen voortgezet onderwijs (zoals MAVO, (M)ULO, MBO-kort, VMBO-t)  
☐ Middelbaar beroepsonderwijs en beroepsbegeleidend onderwijs (zoals: MBO-lang, MTS, MEAO, BOL, BBL, INAS)  
☐ Hoger algemeen en voorbereidend wetenschappelijk onderwijs (zoals: HAVO, VWO, Atheneum, Gymnasium, HBS, MMS)  
☐ Hoger beroepsonderwijs (zoals: HBO, HTS, HEAO, HBO-V, kandidaats wetenschappelijk onderwijs)  
☐ Wetenschappelijk onderwijs (universiteit)  
☐ Anders, namelijk: .....

33. In welke taal praat u thuis het meest?

- ☐ Nederlands  
☐ Fries  
☐ Anders, namelijk: .....

34. Hoe zou u over het algemeen uw gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend  
☐ Zeer Goed  
☐ Goed  
☐ Matig

---

<sup>11</sup> Let op! De onderstaande vragen hebben nog steeds betrekking op de persoon die zorg heeft ontvangen op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum.

☐ Slecht

35. Hoe zou u over het algemeen uw geestelijke/ psychische gezondheid noemen?

- ☐ Uitstekend
- ☐ Zeer Goed
- ☐ Goed
- ☐ Matig
- ☐ Slecht

36. Hoeveel verschillende ziekenhuisopnames heeft u in de afgelopen 12 maanden gehad, deze ziekenhuisopname meegerekend?

- ☐ Eén
- ☐ Twee
- ☐ Drie
- ☐ Vier of meer opnames

37. Heeft iemand u geholpen om deze vragenlijst in te vullen?

- ☐ Nee
- ☐ Ja

Mist u iets in deze vragenlijst of wilt u nog wat kwijt wat niet aan bod is geweest?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**HARTELIJK BEDANKT VOOR HET INVULLEN  
VAN DE VRAGENLIJST**

***U kunt de vragenlijst opsturen in de bijgevoegde antwoortenveloppe.  
Een postzegel is niet nodig.***

### **Bijlage 3. Werkwijzen**

#### **Werkwijze: verstrekken vragenlijsten op de ADOA/AZA/D2.**

##### **1. Doel**

De centrale vraagstelling van het onderzoek is: *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA en welke factoren verklaren de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*.

De doelstelling van dit onderzoek is tweeledig. Allereerst wordt gekeken naar hoe patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum ervaren. Ten tweede wordt geprobeerd inzicht te krijgen in welke factoren de kwaliteit van acute zorg verklaren, specifiek wordt daarbij gekeken in welke mate efficiënte acute zorglevering de kwaliteit van acute zorg op de ADOA verklaart.

##### **2. Doelgroep**

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die aan het volgende kenmerk voldoen:

- De patiënt heeft op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg zorg ontvangen.
  - Indien de patiënt jonger is dan 18 jaar wordt de vragenlijst aan de ouder(s)/verzorger(s) meegegeven en gevraagd in te vullen.
  - Indien de patiënt 18 jaar of ouder is kan de patiënt de vragenlijst zelf invullen.

##### **3. Werkwijze**

Informatie:

- Er hangen op de ADOA/AZA/D2 twee informatieposters.
- Pakketjes<sup>12</sup> met een vragenlijst liggen op de ADOA/AZA/D2 bij de balie voor de verpleegkundigen/post verpleegkundigen (levert Anne Zagt aan).

Het pakketje met de vragenlijst wordt overdag door de secretaresse meegegeven aan de patiënt of zijn/haar ouder(s)/verzorger(s) op het moment dat de patiënt de ADOA verlaat. Let op! In de avonden en in het weekend geeft de verpleegkundige het pakketje met de

---

<sup>12</sup> Een pakketje bestaat uit: een enveloppe met daarin een informatiebrief, de vragenlijst en een gefrankeerde enveloppe geadresseerd aan de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG (De Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG voert in opdracht het onderzoek uit).

vragenlijst mee aan de patiënt of zijn/haar ouder(s)/verzorger(s) op het moment dat de patiënt de ADOA verlaat.

De secretaresse of de verpleegkundige vertelt de patiënt of de ouder(s)/verzorger(s) dat er een onderzoek gaande is om de zorg op de ADOA te evalueren en te verbeteren. Deze geeft het pakketje mee aan de patiënt of indien de patiënt jonger is dan 18 jaar aan de ouder(s)/verzorger(s) op het moment dat de patiënt de ADOA verlaat. De patiënt of zijn/haar ouder(s)/verzorger(s) mag ook ter plekke de vragenlijst invullen.

*De patiënt of ouder(s)/verzorger(s) vult de vragenlijst meteen in:*

Indien de patiënt of de ouder(s)/verzorger(s) de vragenlijst ter plekke invult kan de ingevulde vragenlijst in de doos, te vinden bij de balie voor verpleegkundigen/de zusterpost, met het etiket 'ingevuld/geweigerd' worden gelegd.

*De patiënt of ouder(s)/verzorger(s) weigert meteen het pakketje:*

Wanneer een patiënt, ouder(s) of verzorger(s) weigert het pakketje mee te nemen, legt de verpleegkundige het pakketje in de doos met het etiket 'ingevuld/geweigerd'. Op die manier is er enigszins inzicht in de 'directe' non-response.

*Duur van het onderzoek:*

Er zijn n=100 ingevulde vragenlijsten nodig. Verwacht wordt dat er gedurende de maanden november en december 2013 vragenlijsten worden meegegeven aan patiënten of hun ouder(s)/verzorger(s). Wanneer er eerder n=100 ingevulde vragenlijsten binnen zijn gekomen, kan het verstrekken van de vragenlijsten eerder stoppen. Anne Zagt heeft dit overzicht en informeert hierover.

#### 4. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Als masterthesis-student is Anne Zagt verantwoordelijk voor het gehele onderzoek. Als masterthesis-student werkt ze onder verantwoordelijkheid van dr. J. (Jolanda) Tuinstra, zij is haar scriptiebegeleider vanuit de Wetenschapswinkel geneeskunde en volksgezondheid, UMCG. Mochten er vragen zijn of mochten er zich problemen voordoen dan kan contact worden opgenomen met Anne Zagt en/of Jolanda Tuinstra. De contactgegevens zijn:

Anne Zagt: [a.c.zagt@student.rug.nl](mailto:a.c.zagt@student.rug.nl)

Jolanda Tuinstra: [j.tuinstra@med.umcg.nl](mailto:j.tuinstra@med.umcg.nl)

## **Werkwijze: verstrekken vragenlijsten op de ADOA/AZP.**

### 5. Doel

De centrale vraagstelling van het onderzoek is: *‘Hoe ervaren patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA en welke factoren verklaren de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum?’*.

De doelstelling van dit onderzoek is tweeledig. Allereerst wordt gekeken naar hoe patiënten de kwaliteit van acute zorg op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg in Dokkum ervaren. Ten tweede wordt geprobeerd inzicht te krijgen in welke factoren de ervaren kwaliteit van acute zorg verklaren, specifiek wordt daarbij gekeken in welke mate efficiënte acute zorglevering de ervaren kwaliteit van acute zorg op de ADOA verklaart.

### 6. Doelgroep

De onderzoekspopulatie bestaat uit patiënten die aan het volgende kenmerk voldoen:

- De patiënt heeft op de ADOA van ziekenhuis De Sionsberg zorg ontvangen.
  - Indien de patiënt jonger is dan 18 jaar wordt de vragenlijst aan de ouder(s)/verzorger(s) meegegeven en gevraagd in te vullen.
  - Indien de patiënt 18 jaar of ouder is kan de patiënt de vragenlijst zelf invullen.

### 7. Werkwijze

Informatie:

- Er hangt op de ADOA/AZP één informatieposter.
- Pakketjes<sup>13</sup> met een vragenlijst liggen op de ADOA/AZP bij de post verpleegkundigen(leverd Anne Zagt aan).

Het pakketje met de vragenlijst wordt altijd door de verpleegkundige meegegeven aan de patiënt of zijn/haar ouder(s)/verzorger(s) op het moment dat de patiënt de ADOA verlaat.

---

<sup>13</sup> Een pakketje bestaat uit: een enveloppe met daarin een informatiebrief, de vragenlijst en een gefrankeerde enveloppe geadresseerd aan de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG (De Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG voert in opdracht het onderzoek uit).



De verpleegkundige vertelt aan de patiënt of de ouder(s)/verzorger(s) dat er een onderzoek gaande is om de zorg op de ADOA te evalueren en te verbeteren. Deze geeft het pakketje mee aan de patiënt of indien de patiënt jonger is dan 18 jaar aan de ouder(s)/verzorger(s) op het moment dat de patiënt de ADOA verlaat. De patiënt of zijn/haar ouder(s)/verzorger(s) mag ook terplekke de vragenlijst invullen.

*De patiënt of ouder(s)/verzorger(s) vult de vragenlijst meteen in:*

Indien de patiënt of de ouder(s)/verzorger(s) de vragenlijst ter plekke invult kan de ingevulde vragenlijst in de doos, te vinden bij de balie voor verpleegkundigen/de zusterpost, met het etiket 'ingevuld/geweigerd' worden gelegd.

*De patiënt of ouder(s)/verzorger(s) weigert meteen het pakketje:*

Wanneer een patiënt, ouder(s) of verzorger(s) weigert het pakketje mee te nemen, legt de verpleegkundige het pakketje in de doos met het etiket 'ingevuld/geweigerd'. Op die manier is er enigszins inzicht in de 'directe' non-response.

*Duur van het onderzoek:*

Er zijn n=100 ingevulde vragenlijsten nodig. Verwacht wordt dat er gedurende de maanden november en december 2013 vragenlijsten worden meegegeven aan patiënten of hun ouder(s)/verzorger(s). Wanneer er eerder n=100 ingevulde vragenlijsten binnen zijn gekomen, kan het verstrekken van de vragenlijsten eerder stoppen. Anne Zagt heeft dit overzicht en informeert hierover.

#### 8. Taken, verantwoordelijkheden en bevoegdheden

Als masterthesis-student is Anne Zagt verantwoordelijk voor het gehele onderzoek. Als masterthesis-student werkt ze onder verantwoordelijkheid van dr. J. (Jolanda) Tuinstra, zij is haar scriptiebegeleider vanuit de Wetenschapswinkel geneeskunde en volksgezondheid, UMCG. Mochten er vragen zijn of mochten er zich problemen voordoen dan kan contact worden opgenomen met Anne Zagt en/of Jolanda Tuinstra. De contactgegevens zijn:

Anne Zagt: [a.c.zagt@student.rug.nl](mailto:a.c.zagt@student.rug.nl)

Jolanda Tuinstra: [j.tuinstra@med.umcg.nl](mailto:j.tuinstra@med.umcg.nl)

#### **Bijlage 4. Informatiebrief**



umcg



rijksuniversiteit  
 groningen



Betreft: Verzoek om de vragenlijst in te vullen

Geachte meneer, mevrouw,

Groningen, november 2013

Graag willen we uw ervaringen weten over uw bezoek of uw opname bij de Acute Diagnose en Opname Afdeling (ADOA) van De Sionsberg. Daarmee verzamelen we informatie om de acute zorg voor patiënten nog verder te verbeteren.

Het doel van dit onderzoek is meer inzicht te krijgen in hoe patiënten de kwaliteit van acute zorg ervaren. De vragenlijst bevat onder andere vragen over uw binnenkomst op de ADOA, uw verblijf en uw vertrek vanaf de ADOA, de zorg die u heeft ontvangen van zowel verpleegkundigen als van artsen.

Elke ervaring en elke mening telt. Daarom kan iedereen die acute zorg heeft ontvangen meedoen aan dit onderzoek. Een aantal dingen zijn goed om te weten:

- Bij patiënten die jonger zijn dan 18 jaar hebben ouders of verzorgers de vragenlijst meegekregen. Zij mogen de vragenlijst invullen voor de persoon die zorg heeft ontvangen op de ADOA.
- Patiënten van 18 jaar en ouder hebben zelf een vragenlijst meegekregen. Wanneer hulp nodig is bij het invullen van de vragenlijst, is dat toegestaan.
- Het invullen van de vragenlijst duurt ongeveer 10 minuten.
- Deelname aan het onderzoek is geheel vrijwillig en uw antwoorden worden vertrouwelijk en anoniem verwerkt.

Na het invullen van de vragenlijst kunt u deze in de bijgesloten enveloppe sturen naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG, een postzegel is niet nodig.

Wanneer u niet deel wilt nemen aan dit onderzoek, maar nog wel iets kwijt wilt, kunt u dat onder aan deze brief aangeven. De brief kunt u eveneens in de bijgesloten enveloppe sturen naar de Wetenschapswinkel Geneeskunde & Volksgezondheid van het UMCG.

Voor eventuele vragen over de vragenlijst of het onderzoek kunt u mailen naar [a.c.zagt@student.rug.nl](mailto:a.c.zagt@student.rug.nl) of [j.tuinstra@med.umcg.nl](mailto:j.tuinstra@med.umcg.nl).

Wij hopen van harte dat u meedoet aan dit onderzoek door de vragenlijst in te vullen. Bij voorbaat hartelijk dank.

Met vriendelijke groet,

Anne Zagt  
Student Sociologie (MA)  
Rijksuniversiteit Groningen

dr. Jolanda Tuinstra  
Coördinator Wetenschapswinkel  
Geneeskunde & Volksgezondheid (UMCG)

-----  
☐ Nee, ik wil niet deelnemen aan het onderzoek, wel wil ik het volgende opmerken:

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **Bijlage 5. Uitwerking van het aantal scores dat is geïmputeerd**

Een aantal scores is geïmputeerd, om een zo volledig mogelijke dataset te krijgen. Scores zijn geïmputeerd aan de hand van het respondentgemiddelde op een schaal (Nivel, 2011).

Hieronder wordt per case aangegeven welke scores van de betreffende items is geïmputeerd .

Voor het item *'Hadden medewerkers op de ADOA van De Sionsberg genoeg aandacht voor onveilige situaties?'*, zijn case 26, 46, 62 en case 70 geïmputeerd. Voor het item *'Vertelden artsen of verpleegkundigen u vooraf wat een behandeling, onderzoek of ingreep precies inhield?'*, is case 46 geïmputeerd. Voor het item *'Vertelden artsen of verpleegkundigen u op een begrijpelijke manier over de eventuele bijwerkingen of gevolgen van de behandeling, onderzoek of ingreep?'*, zijn case 2, 21 en case 49 geïmputeerd. Tot slot zijn voor de drie items *'Zijn in dit opnamegesprek onderstaande punten met u besproken of aan de orde geweest? a) uw rechten als patiënt (klachtprocedure enzovoorts), c) een kaart of film over patiëntveiligheid, f) of u wel of niet gereanimeerd wilt worden'*, de scores geïmputeerd voor case 71.

### **Bijlage 6. Voorbeeldberekening om schaalgemiddelde te berekenen**

Een voorbeeldberekening om schaalgemiddelden te berekenen is in figuur 2 weergegeven.

	<b>Vraag 1</b>	<b>Vraag 2</b>	<b>Vraag 3</b>	<b>Schaalgemiddelde</b>
Respondent 1	2	4	4	$10 / 3 = 3,333$
Respondent 2	3	4	4	$11 / 3 = 3,666$
Respondent 3	2	3	Missing	$5 / 2 = 2,5$
Respondent 4	4	4	3	$11 / 3 = 3,666$
Respondent 5	Missing	1	Missing	Mag niet worden meegenomen
<b>Totaal</b>				<b>3,292</b>

Figuur 2. Voorbeeld berekening gemiddelde per schaal.

*Bron: Nivel, 2011*

### **Bijlage 7. Uitwerking van de items die als ‘niet van toepassing’ zijn gescoord**

Hieronder wordt per item aangegeven hoeveel respondenten het betreffende item als ‘niet van toepassing’ hebben gescoord of niet hebben gescoord. De schaal ‘**eigen inbreng**’ bestaat uit 5 items. Het eerste item: 1. *‘Had u genoeg privacy bij uw persoonlijke verzorging?’*, is  $n = 17$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 3$  keer niet gescoord. Het tweede item: 2. *‘Kon u bezoek ontvangen op de tijdstippen dat u dat wilde?’*, is  $n = 30$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 4$  keer niet gescoord. Het derde item: 3. *‘Kon u zich ongestoord even terugtrekken wanneer u dat wilde?’*, is  $n = 32$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 4$  keer niet gescoord. Het vierde item 4. *‘Kon u eten op de tijdstippen dat u dat wilde?’*, is  $n = 35$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 5$  keer niet gescoord. Het vijfde item: 5. *‘Kon u bij uw opname op de ADOA meebeslissen over zaken die u belangrijk vindt?’*, is  $n = 13$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 5$  keer niet gescoord.

De schaal ‘**communicatie rond medicatie**’ bestaat uit twee items. Het eerste item: 1. *‘Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werd toen verteld waarvoor het nieuwe geneesmiddel diende?’*, is  $n = 37$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 5$  keer niet gescoord. Het tweede item: 2. *‘Voordat u een nieuw geneesmiddel kreeg of de medicatie werd veranderd, werden toen de mogelijke bijwerkingen op een begrijpelijke manier uitgelegd?’*, is  $n = 39$  keer als ‘niet van toepassing’ gescoord en  $n = 5$  keer niet gescoord.

Bij de items onder de schaal ‘**inhoud opnamegesprek**’ is geen enkele item gescoord als ‘niet van toepassing’. De schaal ‘**inhoud opnamegesprek**’ bestaat uit tien items in één vraag gesteld: *‘Zijn in dit opnamegesprek onderstaande punten met u besproken of aan de orde geweest?’*. Het eerste item: 1. *uw rechten als patiënt (klachtprocedure, enzovoorts)*, is  $n = 15$  keer niet gescoord. Het tweede items: 2. *wat er gaat gebeuren bij de opname*, is  $n = 14$  keer niet gescoord. Het derde item: 3. *een kaart of film over patiëntveiligheid*, is  $n = 16$  keer niet gescoord. Het vierde item: 4. *de persoon in het ziekenhuis bij wie u terecht kunt met vragen*, is  $n = 15$  keer niet gescoord. Het vijfde item: 5. *de medicijnen die u gebruiken*, is  $n = 10$  keer niet gescoord. Het zesde item: 6. *of u wel of niet gereanimeerd wilt worden*, is  $n = 16$  keer niet gescoord. Het zevende item: 7. *eventuele dieet- en voedingsvoorschriften*, is  $n = 15$  keer niet gescoord. Het achtste item: 8. *eventuele overgevoeligheid voor stoffen/medicijnen*, is  $n = 14$  keer niet gescoord. Het negende item: 9. *uw voorlopige ontslagdatum*, is  $n = 16$  keer niet gescoord. Tot slot is het tiende item: 10. *uw persoonlijke wensen tijdens de opname*, is  $n = 16$  keer niet gescoord.

### **Bijlage 8. Toetsing assumpties multiple regressieanalyse**

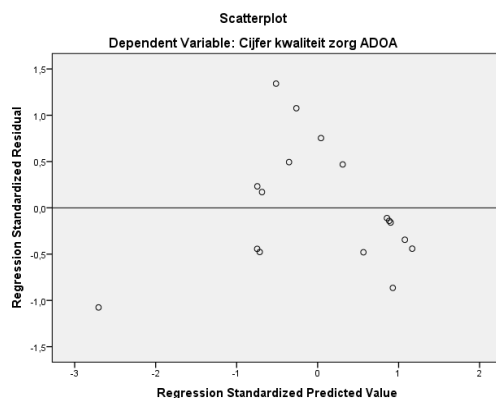
De multiple regressieanalyse is gebaseerd op een zestal assumpties. Om betrouwbare conclusies te kunnen trekken uit de resultaten, moet aan de assumpties worden voldaan (De Vocht, 2012). De zes assumpties worden hieronder besproken.

De eerste assumptie stelt dat alle variabelen een interval- of rationiveau hebben. Daarnaast mogen de onafhankelijke variabelen een categorische niveau hebben (De Vocht, 2012; Field, 2009). Aan de eerste assumptie wordt in het huidige onderzoek voldaan. De afhankelijke variabele binnen het huidige onderzoek heeft een rationiveau. De onafhankelijke variabelen binnen het huidige onderzoek hebben een interval-, ratio- of categorisch niveau.

De tweede assumptie stelt dat de waarnemingen binnen de steekproef onafhankelijke van elkaar zijn (Field, 2009). Aan de tweede assumptie wordt in het huidige onderzoek voldaan. Alle respondenten hebben de vragenlijsten onafhankelijk van elkaar ingevuld.

De derde assumptie stelt dat aangenomen mag worden dat de relatie tussen de afhankelijke variabele en de onafhankelijke variabelen lineair is (De Vocht, 2012; Field, 2009). De derde assumptie wordt in het huidige onderzoek licht geschonden. Aan de hand van het spreidingsdiagram van residuen is gecontroleerd of het regressiemodel lineair is. De residuen tegen de voorspelde waarde van ‘ervaren kwaliteit van acute zorg’ vertonen geen duidelijk patroon. Op één of twee uitbijters na, liggen alle positieve en negatieve residuen min of meer in een evenwichtige horizontale band rondom de nullijn van de grafiek (zie grafiek 1). De lichte schending van de derde assumptie kan tot gevolg hebben dat schattingen van de regressiecoëfficiënten een bias bevatten. Dat betekent dat de schattingen van regressiecoëfficiënten onjuist kunnen zijn, met als gevolg onjuiste toetsen en onjuiste betrouwbaarheidsintervallen (De Vries & Huisman, 2007).

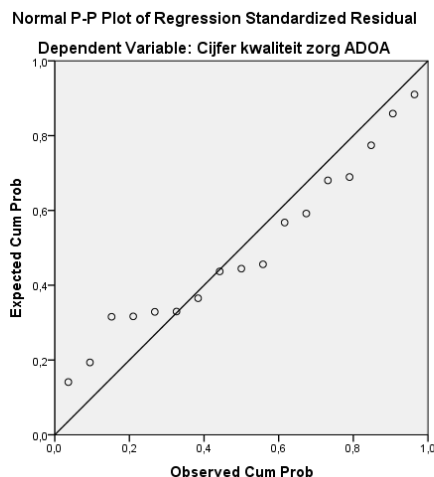
Grafiek 1.



De vierde assumptie stelt dat er sprake moet zijn van homoscedasticiteit. De variantie van de residuen moet constant zijn (Field, 2009; De Vries & Huisman, 2007). Assumptie vier wordt net als assumptie drie licht geschonden. De variantie van de residuen wordt eveneens gecontroleerd aan de hand van grafiek 1. Indien alle punten ongeveer even ver van de diagonaal in een puntenwolk liggen, wordt aangenomen dat de residuen een variantie hebben die constant is (Field, 2009). Onder assumptie drie bleek al dat er wellicht sprake is van één of twee uitbijters. De lichte schending van de vierde assumptie kan leiden tot onzuivere schattingen van standaardfouten. Met als mogelijk gevolg, onjuiste toetsen en onjuiste betrouwbaarheidsintervallen (De Vries & Huisman, 2007).

De vijfde assumptie stelt dat de residuen in het model normaal verdeeld zijn met een gemiddelde van nul (De Vocht, 2012; Field, 2009). De vijfde assumptie wordt in het huidige onderzoek eveneens licht geschonden. De residuen zijn normaal verdeeld wanneer alle punten rondom de diagonaal liggen. In de *normal probability plot* (zie grafiek 2) is te zien dat de residuen niet geheel verdeeld zijn rondom de diagonaal. Om te controleren of de afwijkingen een grote invloed hebben op het regressiemodel, is *Cook's Distance* opgevraagd. Indien er sprake is van een *Cook's Distance* boven de waarde één, heeft/hebben de uitbijter(s) een grote invloed op het regressiemodel (De Vocht, 2012; Field, 2009). In het huidige onderzoek heeft de maximale *Cook's Distance* een waarde van 7,99, dat is verontrustend. Na het opvragen van de uitbijter(s) blijkt dat de cases 50 en 61 gestandaardiseerde residuen hebben van meer dan 2. Na het inspecteren van case 50 en 61 worden geen uitzonderlijke waarden gevonden. De cases worden niet verwijderd uit de dataset.

Grafiek 2.





De zesde assumptie stelt dat er geen sprake mag zijn van multicollineariteit. Er mogen geen onafhankelijke variabelen in het model zijn die ongeveer het zelfde meten (De Vocht, 2012; De Vries & Huisman, 2007). Aan de zesde assumptie wordt voldaan. Allereerst wordt er in het huidige onderzoek voornamelijk gebruik gemaakt van schalen afkomstig van het erkende meetinstrument: verkorte Service Quality index 'Ziekenhuisopname' (Nivel, 2011; Nivel, 2012). Ten tweede is geen enkele correlatie hoger dan 0,80. Een correlatie lager dan 0,80 impliceert dat onafhankelijke variabelen niet hetzelfde meten (Field, 2009).